

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Dotyczy:

☐ Ubezpieczonego Głównego ☐ Partnera ☐ Dziecka
(w przypadku zaznaczenia opcji Kwestionariusz medyczny wypełnia i podpisuje opiekun prawny dziecka)

Nazwisko:..... Imię:.....

PESEL:..... Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Inna.....

(dla obcokrajowców i dzieci do 3. m-ca, bez nadanego PESEL)

Data urodzenia:

Charakterystyka wykonywanej pracy – krótki opis wykonywanych czynności w związku z pracą (np.: praca biurowa, fizyczna, zmianowa, narażenia na związki chemiczne, biologiczne).

☐ Emerytura ☐ Renta Prosimy podać powód nabycia prawa do renty

Czy w ciągu najbliższych **12 miesięcy** ma Pani/Pan zaplanowaną operację lub hospitalizację? ☐ TAK ☐ NIE

Czy wydano w związku z tym skierowanie do szpitala?* ☐ TAK ☐ NIE

Z jakiego powodu:

*Skierowanie dotyczy dowolnego szpitala.

W jakiej placówce medycznej korzysta lub korzystał/a Pani/Pan ze świadczeń medycznych? ☐ Przychodnia ☐ Szpital ☐ Nie korzystam

Prosimy podać dokładne dane i adres placówki, z której Pani/Pan najczęściej korzysta:

Pytania dotyczące stanu zdrowia (bez uwzględnienia okresu ciąży i porodów):

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy: był/a lub aktualnie jest Pani/Pan w trakcie leczenia i/lub diagnostyki? Również w związku z wcześniej zdiagnozowanymi chorobami/urazami.

☐ TAK **Jeśli TAK, to prosimy podać:**
☐ NIE Od kiedy występuje schorzenie/wystąpił uraz?
Jaki był powód diagnostyki, leczenia?
Nazwy przyjmowanych leków:

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy Pani/Pana ciśnienie tętnicze przekroczyło wartość prawidłową (norma do 140/90)?*
Prosimy o wpisanie dokładnej wartości ciśnienia.

.....
*Z wyjątkiem sytuacji, które wymagają wzmożonego wysiłku fizycznego oraz sytuacji stresowych. Pytanie nie dotyczy dzieci do 16. r.ż., u których nie diagnozowano chorób serca ani podwyższonych wartości ciśnienia.

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiły lub aktualnie występują u Pani/Pana:

powtarzające się niezdiagnozowane objawy, w tym dolegliwości bólowe? (również będące kontynuacją objawów, które wystąpiły przed tym okresem, dot. również urazów),	☐ TAK	Jeśli TAK, to: Jakie?
	☐ NIE	
		
		
		Od kiedy występują?
		
		
nieprawidłowe wyniki badań.	☐ TAK	Jeśli tak, to jakie badania?
	☐ NIE	
		

Czy w ciągu ostatnich 5 lat* był/a Pani/Pan poddany/a leczeniu szpitalnemu i/lub diagnostyce szpitalnej?

☐ TAK	Jeśli TAK, to:
☐ NIE	Kiedy odbyła się hospitalizacja/zabieg operacyjny (miesiąc, rok)?
	Jaki był powód?
	
	

*Miesiąc, rok – w przybliżeniu.

Oświadczenie końcowe:

- ☐ Oświadczam, że wypełniając dobrowolnie niniejszy kwestionariusz, w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałam/em posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że LMG Försäkrings AB SA (art. 834 KC) może być zwolnione z obowiązku wypłaty świadczeń określonych warunkami umowy, w przypadku podania przeze mnie danych nieprawdziwych, niepełnych.

.....		
data	miejsceowość	podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym kwestionariuszu medycznym jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej jako „LMG”). Twoje dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia, zawarte w powyższym formularzu, będą przetwarzane przez LMG celem przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy. Przetwarzanie Twoich danych osobowych w ww. celu będzie się odbywać w sposób zautomatyzowany – podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy, że zawsze masz jednak prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie Twoich danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LMG możesz się skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@luxmed.pl. Pełna informacja o przetwarzaniu Twoich danych osobowych, wraz z informacją o przysługujących Ci prawach, znajduje się w klauzuli obowiązku informacyjnego LMG dołączonej do Wniosku oraz udostępnionej na naszej stronie internetowej pod adresem: <https://www.luxmed.pl/ubezpieczenia/obsługa-firm/niezbędnik-dla-firm/dokumenty-i-formularze/dokumenty-i-zalaczniki-zwiazane-z-ubezpieczeniem.html>.

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro