KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY
OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

Dotyczy: ☐ **MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA** ☐ **MODUŁ SZPITALNY**

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____ Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Data urodzenia: _____ _____ _____

Wiek: _____ Waga: _____ Wzrost: _____ Ciśnienie tętnicze: _____/_____

Zawód wykonywany/stanowisko: _____

Pracodawca: _____

_____

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

_____

_____

_____

Pytania dotyczące stanu zdrowia:

L.p.	Pytanie	Tak	Nie	Informacje dodatkowe do odpowiedzi twierdzącej
1	Czy aktualnie jest Pan(i) w trakcie leczenia lub przyjmuje leki regularnie lub od dłuższego czasu? Jeśli tak, jakie, od kiedy?			
2	Czy występują u Pana(i) jeden lub więcej objawów: chrypka, kaszel utrzymujące się dłużej niż 4 tygodnie, duszność, krwioplucie, omdlenia, utraty przytomności, napady drgawek, powtarzające się zawroty i bóle głowy, znaczna utrata wagi bez widocznej przyczyny? Jeśli tak, jakie, od kiedy?			
3	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) w przeszłości/obecnie na: nowotwór, chorobę serca i / lub układu krążenia (m.in. nadciśnienie), układu oddechowego, układu pokarmowego, układu nerwowego, układu kostno-stawowego, wady genetyczne, wady wrodzone, następstwa urazów okołoporodowych, choroby psychiczne, choroby układu moczowo-płciowego (np. nerek, prostaty), krwi, cukrzycę lub choroby innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (np. tarczycy), czy cierpi Pan(i) na wadę wzroku (jaką), niedosłuch inne choroby niewymienione powyżej? Jeśli tak, jakie, od kiedy?			
4	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana(i) zakażenie wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby (WZW B, WZW C, inne) lub gruźlicę? Jeśli tak, jakie, od kiedy?			
5	Czy przebył(a) Pan(i) zabieg, operację lub był(a) hospitalizowany(a)? Jeśli tak, proszę o załączenie kart wypisowych ze szpitala dotyczących wyżej wymienionych.			

LMG Försäkrings AB SA
Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

t: 22 450 45 00
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

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

NIP: 108 001 14 94
REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

6	Czy korzystał(a) Pan(i) z rehabilitacji przez tydzień lub dłużej? Jeśli tak, proszę o załączenie karty informacyjnej z wyżej wymienionych.			
7	Czy były zalecane konsultacje lekarskie lub badania, pobyty szpitalne, które nie doszły do skutku? Jeśli tak, co było ich powodem?			
8	Czy stwierdzono u Pana(i) odchylenia od normy w wykonanych badaniach lekarskich lub diagnostycznych? Jeśli tak, jakie, kiedy?			
9	Czy pali lub palił(a) Pan(i) tytoń?			Okres palenia: _____ od _____ do _____ Liczba wypalanych papierosów (tytoniu) dziennie: ● Maksymalnie w czasie palenia_____ ● Obecnie _____
10	Czy spożywa Pan(i) alkohol? Jeśli tak, proszę podać, jakiego rodzaju oraz w jakich ilościach tygodniowo.			
11	Czy uprawia Pan(i) sport / hobby o charakterze urazowym? Jeśli tak, jakie?			
12	Czy przebywał(a) Pan(i) na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie dłużej niż 30 dni (ostatnie 5 lat)? Jeśli tak, z jakiego powodu?			
13	Czy Pana(i) rodzice lub krewni chorowali / chorują z powodu: nowotworu, chorób układu krążenia (np. zawał serca, udar mózgu) innych schorzeń przewlekłych (również cukrzyca, wady wrodzone, choroby psychiczne itp.). Jeśli tak, kto i jakie schorzenia?			

Oświadczenie końcowe:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB SA moich danych osobowych szczególnej kategorii zawartych w niniejszym kwestionariuszu, w szczególności dotyczących stanu mojego zdrowia oraz moich nałogów, na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

☐ Oświadczam, że wypełniając dobrowolnie niniejszy kwestionariusz, w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałem/am 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	*miejscowość*	*podpis osoby wypełniającej kwestionariusz*

LMG Försäkrings AB SA
Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

t: 22 450 45 00
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

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

NIP: 108 001 14 94
REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro