

UBEZPIECZAJĄCY:		FORUM GRUP ZAWODOWYCH		Numer Deklaracji zgody:	
Osoba wypełniająca Deklarację zgody:		<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Małżonek	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Pełnoletnie dziecko
DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO (*pole obligatoryjne)					
Imiona*:		Nazwisko*:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)*		PESEL*:		Obywatelstwo*:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:					
Adres zamieszkania:	Ulica*:		Nr domu*		Nr mieszkania:
	Miejscowość*:		Poczta*:		
	Kraj zamieszkania*:				Kod pocztowy*:
	e-mail:		Tel. kontaktowy:		
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):	Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania:
	Miejscowość:		Poczta:		
	Kraj:		Kod pocztowy:		
POLA UZUPEŁNIANE W PRZYPADKU SKŁADANIA DEKLARACJI ZGODY PRZEZ PRACOWNIKA (Nie dotyczy Małżonka, Partnera, Pełnoletniego dziecka)					
Data zatrudnienia (dd/mm/rrrr)*:		Forma zatrudnienia*:			
DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ) Szczegółowe informacje dotyczące dostępnych Wariantów ochrony oraz Wariantów Dodatkowych są określone w Umowie ubezpieczenia.					
Wariant Ochrony Podstawowy*:		Składka miesięczna za wybrany Wariant ochrony (podstawowy)*:			
DANE PARTNERA: Podanie danych Partnera (tj. osoby spełniającej warunki definicji określonej w odpowiednich Warunkach Ubezpieczeń Dodatkowych) jest niezbędne do uzyskania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Partnerem, przysługującego na podstawie odpowiednich Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych (pod warunkiem wybrania Wariantu Ubezpieczeniowego, który te Świadczenia ubezpieczeniowe obejmuje).					
Imię i nazwisko:		PESEL albo data urodzenia (dd/mm/rrrr):			
DANE UPOSAŻONYCH WSKAZYWANYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO					
Imię, Nazwisko/ Nazwa		Pesel/ Regon		Stopień pokrewieństwa	
				Udział w świadczeniu	
				%	
				%	
				%	
				%	
				Razem:	
				100%	
DANE PRACOWNIKA WSKAZUJĄCEGO MAŁŻONKA/ PARTNERA/ PEŁNOLETNIE DZIECKO DO UMOWY UBEZPIECZENIA* (Pola obligatoryjne, wypełniane przez Pracownika w przypadku gdy Deklarację zgody składa Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko)					
Imię i nazwisko:		PESEL:			
Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do Umowy ubezpieczenia spełnia warunki definicji odpowiednio: Małżonka albo Partnera albo Pełnoletniego dziecka, określone w Umowie ubezpieczenia. Niniejsze oświadczenie stanowi wskazanie, o którym mowa w § 6 ust. 5 Warunków Ubezpieczenia.					
Miejscowość i data podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)		Podpis Pracownika			
OŚWIADCZAM, ŻE REZYGNUJĘ Z ASSISTANCE MEDYCZNEGO <input type="checkbox"/> (Należy zaznaczyć w celu rezygnacji z przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne)					
OSWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNE					
1) Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia Grupowego Assistance w AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne dla Klientów Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. a AWP P&C S.A. Oddział w Polsce na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia Assistance oraz na zapisy Regulaminu Programu Assistance Medyczne, którego treść została mi wraz z nimi doręczona.					
2) Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. moich danych osobowych, AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu wykonania zobowiązań wynikających z Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, wariantu ubezpieczenia, wysokości składki oraz daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.					
3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.					
Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody doręczono mi Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oraz Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach tam określonych pod prawem polskim, w tym na wysokość sum ubezpieczenia, zgodnie ze wskazaniem w Deklaracji zgody. Oświadczam także, że przed podpisaniem Deklaracji zgody doręczono mi treść postanowień szczególnych Umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną z uwzględnieniem zmian tam określonych.					
Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.					
Miejscowość i data podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)		Podpis Ubezpieczonego			

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO (w celu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia)

- 1) **Oświadczam, że** zostałem/am poinformowany/a, że:
 - a. Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. będzie przetwarzać moje dane osobowe, w tym dane o moim stanie zdrowia i nałogach. Celem zbierania danych jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego, objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, wykonywanie Umowy ubezpieczenia oraz realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tekst jednolity Dz.U. z 2014 r. poz. 455). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy ubezpieczenia.
 - b. administratorem moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia i nałogach, jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa oraz o prawie dostępu do treści moich danych i prawie ich poprawiania.
 - c. odbiorcami danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia i nałogach mogą być podmioty upoważnione na mocy obowiązujących przepisów prawa lub reasekuratorzy, w celu reasekuracji umowy ubezpieczenia.
- 2) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A., od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie S.A. informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:
 - a. przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - b. przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - c. wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - d. przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 3) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Open Life TU Życie S.A. oraz wysokości świadczenia.
- 4) **Wyrażam zgodę** na udostępnianie Open Life TU Życie S.A., przez zakłady ubezpieczeń, a także przez Ubezpieczającego, danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach, w zakresie potrzebnym do:
 - a. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub
 - b. weryfikacji podanych danych, lub
 - c. ustalenia prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego Świadczenia.
- 5) **Wyrażam zgodę** na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń żądanych przeze mnie informacji na trwałym nośniku, w tym za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.
- 6) **Upoważniam** Ubezpieczającego, posiadającego informacje objęte tajemnicą ubezpieczeniową, do ujawnienia ich treści Open Life TU Życie S.A., w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia lub jego wysokość, w tym w szczególności informacji dotyczących Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
- 7) **Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, w tym również po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku jej nierozpoczęcia.
- 8) **Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422).
- 9) **Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, fax) i automatycznych systemów wywołujących przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku - Prawo telekomunikacyjne (tekst jednolity Dz.U z 2014 r., poz. 243).
- 10) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywam** / **nie przebywam** na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum.
- 11) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywam** / **nie przebywam** na urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym.
- 12) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **orzeczono** / **nie orzeczono** wobec mnie niezdolności do pracy.
- 13) **Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA moich danych osobowych Stowarzyszeniu Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numer PESEL, wariant ubezpieczenia, wysokość składki, daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego, daty zakończenia ochrony Ubezpieczonego.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Miejscowość i data podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

Podpis osoby uprawnionej

DODATKOWE OŚWIADCZENIA STOWARZYSZENIA FORUM GRUP ZAWODOWYCH

- 1) **Oświadczam**, iż zapoznałem/am się z treścią Statutu dostępnego na stronie internetowej Stowarzyszenia pod adresem www.sfgz.pl i niniejszym **deklaruję** chęć przystąpienia w poczet Członków Wspierających Stowarzyszenia Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa wpisanego do Rejestru Stowarzyszeń przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego za numerem KRS 0000468913, NIP 7010387932.
- 2) **Akceptacja Regulaminu**
Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem dostępnym pod adresem www.sfgz.pl i akceptuję w całości jego postanowienia. Przyjmuję do wiadomości, iż Regulamin ten stanowi integralną część zawieranych z Użytkownikiem umów o świadczenie usług drogą elektroniczną.
- 3) **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**
 Zostałem / Zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższej zgody mam możliwość jej odwołania w każdym czasie.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa w zakresie określonym w niniejszej deklaracji zgody, dla potrzeb niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia i przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia oraz wykonywania wszelkich statutowych działań i czynności wobec mnie jako członka Stowarzyszenia włącznie z procedurą wystąpienia ze Stowarzyszenia i rozliczania składek członkowskich, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922.).
- 4) **Zgoda na przesyłanie dokumentów w formie elektronicznej**
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na prowadzenie ze Stowarzyszeniem FGZ korespondencji w formie elektronicznej, w tym deklaracji wstąpienia do Stowarzyszenia w charakterze członka wspierającego, oraz na otrzymywanie Certyfikatu i dokumentu potwierdzającego wstąpienie do Stowarzyszenia.
- 5) **Zgoda marketingowa**
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie na mój adres e-mail oraz adres korespondencyjny informacji handlowych przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, mail, fax) oraz automatycznych systemów wywołujących przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku – Prawo telekomunikacyjne (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imiona, nazwisko, numer telefonu, adres email w celach marketingowych przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie informacji handlowej drogą elektroniczną na mój adres email przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, mail, fax) oraz automatycznych systemów wywołujących przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku – Prawo telekomunikacyjne (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243).
- 6) **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:**
- Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych będzie przetwarzać moje dane osobowe w celu i w zakresie niezbędnym do przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia oraz wykonywania wszelkich statutowych działań i czynności wobec mnie jako członka włącznie z procedurą wystąpienia ze Stowarzyszenia czy rozliczania składek członkowskich, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922.);
 - Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia;
 - administratorem moich danych osobowych jest Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa wpisane do Rejestru Stowarzyszeń przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego za numerem KRS 0000468913, NIP 7010387932;
 - mam prawo dostępu do treści moich danych, jak również mam prawo żądać ich zmiany lub usunięcia w każdym czasie.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Numer Wniosku, Deklaracji/ Certyfikatu, Polisy:	
Nazwa ubezpieczenia (kod):	
Dane Ubezpieczonego (podanie danych jest wymagane)	
Imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	PESEL:
Wykonywany zawód (nazwa oraz szczegóły):	Sport/ Hobby (nazwa oraz szczegóły):
Wzrost <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cm)	Waga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (kg)
Ciśnienie tętnicze <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (mmHg) wartość wyższa wartość niższa	

Ważne:

- prosimy o czytelne wypełnienie niniejszej ankiety poprzez wstawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi, podanie odpowiedzi zgodnie z Pana/ Pani najlepszą wiedzą i przekonaniem, załączenie kopii pełnej dokumentacji medycznej w celu maksymalnego skrócenia okresu oczekiwania na decyzję w zakresie ubezpieczenia
- poprawki prosimy wносить poprzez przekreślenie uprzednio wpisanej informacji, wpisanie informacji właściwej i jej parafowanie

Nr	Treść pytania (w przypadku odpowiedzi TAK prosimy o podanie szczegółów na kolejnej stronie)	TAK	NIE
1.	Czy pali Pan/i obecnie lub palił/a Pan/i w okresie ostatnich 12 miesięcy papierosy (tytoń w innej formie)? (jeśli TAK, prosimy podać: okres palenia w latach oraz ilość papierosów/ tytoniu dziennie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/i lub obecnie ma przerwę w wykonywaniu obowiązków zawodowych nieprzerwalnie przez okres 2 tygodni ze względu na wskazania lekarskie (zwolnienie lekarskie)? (jeśli TAK, prosimy podać: powód/ datę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy kiedykolwiek były diagnozowane/ rozpoznane/ leczone w przeszłości lub obecnie następujące choroby/ dolegliwości takie jak: choroba wieńcowa, dusznica bolesna, nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, niewydolność serca, wady serca, jakiegokolwiek operacje serca, cukrzyca, astma oskrzelowa (dychawica oskrzelowa), POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), sarkoidoza, niewydolność oddechowa, uszkodzenie mózgu, guz mózgu, udar mózgu lub krwotok, zaburzenia psychiczne, depresja, nowotwory złośliwe – rak/ guz - białaczka, chłoniak, choroba Hodgkina, wielotorbielowatość nerek, niewydolność nerek, przeszczepy takich narządów jak: nerki, płuca, serce, wątroba, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu C, dodatni antygen HBsAg lub HCV we krwi, choroby układu ruchu uniemożliwiające samodzielne poruszanie się, stwardnienie rozsiane, uzależnienie od alkoholu lub innych substancji odurzających? (jeśli Tak, prosimy podać: nazwę schorzenia, data wystąpienia, data zakończenia leczenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/i lub ma zamiar przebywać w szpitalu (nie dotyczy pobytu w związku z porodem)? (jeśli TAK, prosimy podać: rok pobytu/ miejsce hospitalizacji/ powód hospitalizacji/ sposób leczenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował/a Pan/i lub obecnie przyjmuje Pan/i jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy niż 30 dni lub pozostawał/a lub pozostaje Pan/i w trakcie chemioterapii lub radioterapii? (jeśli TAK, prosimy podać nazwa/ dawka dziennie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/i poddany/a jakimkolwiek leczeniu/ zabiegowi chirurgicznemu lub badaniom diagnostycznym, w szczególności takim jak: RTG, USG, EKG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny? (jeśli TAK, prosimy podać: nazwa badania/ termin wykonania/ przyczyna wykonania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy z jakichkolwiek przyczyn przyznano Panu/i rentę lub orzeczono lub jest Pan/i w trakcie orzekania o niezdolności do pracy lub niepełnosprawności lub niezdolności do samodzielnej egzystencji? (jeśli TAK, prosimy podać: data/ stopień orzeczenia/ powód ubiegania się o rentę/ orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy występują u Pana/i jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne, będące wynikiem przebytego wypadku bądź urazu? (jeśli TAK, prosimy podać: data wypadku/ objawy/ sposoby leczenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy kiedykolwiek Pana/i wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został w jakimkolwiek Towarzystwie ubezpieczeniowym odrzucony, odroczone lub przyjęty na specjalnych warunkach? (jeśli TAK, prosimy podać: nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego/ rok/ przyczyna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań, prosimy o podanie szczegółów poniżej:

Nr pytania	Szczegóły

Oświadczenia, Upoważnienia Pracownika/ Ubezpieczonego:

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody (zaznaczyć właściwie)
na wykonanie badań medycznych na koszt Towarzystwa Ubezpieczeń (miedzy innymi badanie lekarskie, krwi, moczu, badania diagnostyczne, za wyjątkiem badań genetycznych), o ile będą niezbędne do ustalenia zdolności ubezpieczeniowej.

Zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, oraz o prawie do dostępu do treści moich danych i prawie do ich poprawiania. Celem zbierania danych jest objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i wykonywanie Umowy ubezpieczenia oraz realizacja obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz.U z 2010 r. Nr. 46, poz. 276 z późn. zm.).

Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, a także każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą posiadające dotyczące mnie informacje, do ujawnienia ich treści Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. oraz jego reasekuratorom, także po mojej śmierci, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz wyrażam zgodę na występowanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. o powyższe informacje do ww. podmiotów w myśl przepisu art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Oświadczam, iż informacje podane przeze mnie w niniejszym Kwestionariuszu medycznym są kompletne, prawdziwe, zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oraz zostały przekazane dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Kopia niniejszego oświadczenia ma taką samą wartość jak oryginał.

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Miejscowość i data podpisania (dd/mm/rrrr)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Czytelny podpis Ubezpieczonego</p>
---	---

Potwierdzenie przyjęcia Kwestionariusza Medycznego przez Przedstawiciela Ubezpieczającego lub Open Life:

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Miejscowość i data podpisania (dd/mm/rrrr)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Imię i nazwisko oraz czytelny podpis osoby upoważnionej ze strony Open Life</p>
---	--

Dane pracodawcy/ Ubezpieczającego (wypełnia pracodawca/ Ubezpieczający w przypadku ubezpieczeń grupowych)			
Nazwa lub pieczęć firmowa pracodawcy/ Ubezpieczającego oraz pieczęć i podpis osoby reprezentującej pracodawcę/ Ubezpieczającego:			
Data zatrudnienia u Ubezpieczającego (dd/mm/rrrr):	Czy Pracownik jest na okresie próbnym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE