



Nr wniosku / deklaracji / Polisy

## Formularz – dodatkowe oświadczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego

### 1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko Imię  
PESEL Telefon

### 2. Oświadczenie Ubezpieczonego

Prosimy o zakreślenie właściwego kwadratu „x”

- Oświadczam, że od daty podpisania przeze mnie w/w wniosku/deklaracji nie wystąpiły zmiany w stanie mojego zdrowia: nie stwierdzono zaostrzeń chorób już istniejących, nie stwierdzono wystąpienia żadnej nowej choroby, nie przeprowadzono żadnego zabiegu, operacji, nie wykonano ani nie skierowano mnie na żadne badania diagnostyczne, nie byłem/am hospitalizowany/na.
- Oświadczam, że od daty podpisania przeze mnie ww. wniosku/deklaracji wystąpiły następujące zmiany w stanie mojego zdrowia:

[Empty box for describing changes in health status]

**UWAGA!** Niniejsze oświadczenie stanowi załącznik do ww. wniosku / deklaracji / Polisy i będzie traktowane jako podstawa do wznowienia Umowy, zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym / Polisy stanowiącej potwierdzenie przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia.

Ja, niżej podpisany(a):

- 1. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Vienna Life) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w tym o informację o: (1) 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, (2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach, (3) wynikach przeprowadzonych konsultacji, (4) przyczynie mojej śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych). Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Vienna Life do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- 2. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy, że w przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenia prawdziwych informacji Vienna Life ma prawo ograniczyć wysokość świadczeń na zasadach określonych w OWU.

Date Mięscowosc Podpis Ubezpieczonego Imię i nazwisko oraz podpis przedstawiciela ustawowego

### 3. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko / Nazwa Imię  
PESEL / REGON Adres do korespondencji Kraj  
Ulica Nr domu Nr mieszkania  
Mięscowosc Kod pocztowy Poczta

### 4. Oświadczenie Ubezpieczającego

Ja, niżej podpisany(a):  
Wnoszę o wznowienie Umowy.

Date Mięscowosc Podpis Ubezpieczającego Podpis drugiego Ubezpieczającego

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group

adres ul. Cybernetyki 7 tel. +48 22 460 22 22  
02-677 Warszawa fax +48 22 332 17 55  
infolinia 801 888 000 web www.viennalife.pl

NIP: 951-19-33-418; KRS: Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego - numer KRS 000056463  
Wysokość kapitału zakładowego: 82 000 000 PLN (opłacony w całości)