

## **Oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia**

1) Czy w dniu podpisania niniejszego wniosku i w ciągu ostatniego roku liczonego do dnia podpisania niniejszego wniosku przebywa/przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim trwającym nieprzerwanie dłużej niż 30 dni lub przebywa/przebywał/a Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym? (nie dotyczy sytuacji, gdy czasowa niezdolność do pracy – potocznie zwana zwolnieniem lekarskim – była orzeczona z powodu złamań/zwichnięć/skręceń kończyn, powikłań po operacjach wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków podniebiennych, przegrody nosa lub ciąży/chorób związanych z ciążą)

2) Czy orzeczono u Pana/Pani w przeszłości trwałą niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, albo niepełnosprawność w stopniu znacznym? Czy w ciągu ostatniego roku liczonego do dnia podpisania niniejszego wniosku wnosił/a Pan/Pani o orzeczenie o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji albo niepełnosprawności?

3) Czy w ciągu ostatnich 5 lat liczonych do dnia podpisania niniejszego wniosku, a także w dniu jego podpisania, chorował/a Pan/Pani lub choruje obecnie, rozpoznano u Pana/Pani, leczył/a się Pan/Pani lub leczy się obecnie z powodu następujących chorób: nowotworu (w tym guza złośliwego, białaczki, chłoniaka, szpiczaka), choroby wieńcowej/ostrego zespołu wieńcowego (z zawałem mięśnia sercowego lub bez), wad wrodzonych lub nabytych serca, niewydolności serca/krążenia, udaru mózgu, przewlekłej niewydolności nerek, cukrzycy, marskości wątroby, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, zakażenia HIV/pełnoobjawowego AIDS, przewlekłego zapalenia oskrzeli/przewlekłej obturacyjnej choroby płuc?

*W przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenia prawdziwych informacji Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej również: Vienna Life) ma prawo odmówić wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w OWU.*

*Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy, jak również dodatkowych informacji podanych na zapytanie Ubezpieczyciela oraz w innych dokumentach dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym wyników badań medycznych wykonanych na wniosek Ubezpieczyciela, dokonywana jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego.*

*Informujemy, że przeprowadzając ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, możemy zwrócić się do Pani/Pana o podanie dodatkowych informacji dotyczących Pani/Pana stanu zdrowia w formie rozmowy telefonicznej oraz, że rozmowa ta będzie nagrywana.*

## **Oświadczenie Ubezpieczonego o wykonywanym zawodzie**

Oświadczam, że wykonuję którykolwiek z niżej wymienionych zawodów: artysta cyrkowy, chemik - substancje wybuchowe, dekarz, elektryk dołowy, górnik kopalni odkrywkowej, górnik kopalni podziemnej, hutnik, instruktor sportów ekstremalnych, kaskader, komandos, konwojent, laborant - substancje wybuchowe, marynarz morski, marynarz śródlądowy, monter linii wysokiego napięcia, nurek, ochroniarz osobisty, ochroniarz z bronią, opiekun dzikich zwierząt, pilot - transport powietrzny (wojskowy), pilot lekkich maszyn wojskowych, policjant kryminalny, policjant patroli uliczne (praca w terenie), policjant praca biurowa, pracownik budowlany - prace podziemne / tunele, pracownik platformy wiertniczej, ratownik GOPR / TOPR, ratownik LPR, ratownik WOPR, rencista, saper, pirotechnik, sportowiec, strażak, windykator terenowy, żołnierz - służby specjalne, żołnierz jednostki wojskowej (czynna służba).