

**ANKIETA MEDYCZNA DO WNIOSKU O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DO KREDYTU/POŻYCZKI  
DLA KREDYTOBIORCÓW mBank HIPOTECZNY SA**

Ankieta Medyczna **JEST OBOWIĄZKOWA** w przypadku kredytu/pożyczki powyżej 400 000 zł lub przystąpienia do ubezpieczenia po zawarciu umowy kredytowej (bez względu na kwotę)

**DANE KREDYTOBIORCY**  
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numer PESEL

3. Adres korespondencyjny Kredytobiorcy

**LICZBA KREDYTOBIORCÓW**

4. Liczba wszystkich kredytobiorców zaciągających ten kredyt/pożyczkę (OSOBNA ANKIETA MUSI BYĆ WYPEŁNIONA DLA KAŻDEGO Z KREDYTOBIORCÓW)

**DANE O KREDYCIE/POŻYCZCE - WYPEŁNIA DORADCA  
KREDYTOWY mBank HIPOTECZNY/POŚREDNIKA FINANSOWEGO**

5. Wysokość wnioskowanej kwoty kredytu/pożyczki (w PLN)




6. Okres kredytowania (w miesiącach)

7. Saldo zadłużenia z tytułu kredytów/pożyczek w mBank Hipoteczny, wnioskowanych/objętych ochroną ubezpieczeniową w BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (wartość bez uwzględniania kwoty z poz. 5)

**8. Jeżeli suma poz. 5 i 7 będzie większa lub równa 3 000 000 PLN, prosimy o podanie następujących informacji:\***

wykonywany zawód:

najważniejsze wykonywane czynności:

\* - w przypadku gdy nie dotyczy, wpisać „nie dotyczy”

9.

Lp.	Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania poprzez postawienie znaku "X" w odpowiedniej rubryce obok	TAK	NIE
1.	Czy kiedykolwiek był/była Pan/Pani uznany/a za trwale niezdolnego/ą do pracy (w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych) lub ma Pan/Pani ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie (powyżej 14 dni) lub operowany/a (z wyjątkiem ciąży, porodu, leczenia alergii, operacji usunięcia wyrostka robaczkowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat wystąpiły u Pana/Pani poważne dolegliwości lub choroby wymagające porady lekarskiej, stosowania leczenia lub wykonania badań diagnostycznych, takie jak.: nowotwory łagodne lub złośliwe, cukrzyca, zawał serca, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, choroby układu oddechowego, przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma, przewlekłe zapalenie wątroby, przewlekłe zapalenie nerek, przewlekłe zapalenie trzustki, niewydolność nerek, marskość wątroby, choroby zakaźne, choroby układu nerwowego, choroby psychiczne, stwardnienie rozsiane, lub czy stwierdzono dodatni wynik na obecność wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy Pan/Pani stosuje środki psychotropowe (środki uspokajające, nasenne, pobudzające itp.) i czy jest Pan/Pani od nich uzależniony/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy z uwagi na palenie papierosów lub picie alkoholu wymagał/a Pan/Pani odrębnego leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie ponosi odpowiedzialności na zasadach określonych w odpowiednich ogólnych warunkach ubezpieczeń i stosowanych przepisach prawa, w szczególności Kodeksu Cywilnego.

Na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010 Nr 11, poz. 66 z późn. zm.) upoważniam BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA Vienna Insurance Group do występowania do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 217 z późn. zm.), które udzielały lub będą mi udzielać świadczeń zdrowotnych, z wnioskiem o przekazanie wszelkich informacji związanych z ustaleniem prawa do świadczenia i wysokości świadczenia oraz informacji o przyczynie zgonu, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

.....  
Miejscowość, data i podpis Kredytobiorcy, którego dotyczy ankieta

**DANE DORADCY KREDYTOWEGO mBank HIPOTECZNY/  
POŚREDNIKA FINANSOWEGO - WYPEŁNIA DORADCA KREDYTOWY**  
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Imię i nazwisko

2. Numer telefonu i faksu

3. Adres e-mail

**BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group**  
KRS 11726, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,  
NIP 527-10-67-881, Kapitał zakładowy: 220.763.700,00 zł - opłacony w całości

CF\_mBank Hipoteczny

nr wniosku kred.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pieczęć mBank Hipoteczny/pośrednika finansowego.  
Miejscowość, data i podpis doradcy kredytowego mBank Hipoteczny/pośrednika

Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa  
tel. (22) 525 11 11, Infolinia **801 106 106**