

Nazwa ubezpieczenia

Niniejsza ankieta stanowi załącznik do:

wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

wniosku o dokonanie zmian w ramach umowy ubezpieczenia

Numer Wniosku

Numer Polisy

## Ankieta medyczna

### Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

### Stan zdrowia

W przypadku udzielania odpowiedzi pozytywnej, szczegóły prosimy podać na odwrocie

Czy jest Pan/Pani w pełni zdrowy i zdolny do pracy?

tak  nie Choroby, zaburzenia?

Czy jest Pan/Pani lub był/a pod stałą opieką lekarza?

tak  nie Z jakiej przyczyny?

Jaki jest Pana/Pani wzrost i waga?

cm  kg

Proszę podać średnie dzienne spożycie przez Pana/Panią alkoholu oraz ilość wypalonego tytoniu?

Alkohol?  ml/dziennie rodzaj alkoholu  Tytoń? (ilość papierosów, cygar, fajek)

Czy zażywał Pan/Pani lub zażywał/a regularnie lekarstwa?

tak  nie Jakiej? Od kiedy-do kiedy?

Czy zażywał Pan/Pani lub zażywa narkotyki lub środki uzależniające? (niezależnie od formy)

tak  nie Jakiej? Od kiedy-do kiedy?

Kto jest Pana/Pani lekarzem rodzinnym (rejonowym)?

Nazwisko, adres

Czy ciągu ostatnich trzech lat leczył/a się Pan/Pani u innych lekarzy?

tak  nie Jakich?

Czy uległ/a Pan/Pani wypadkowi?

tak  nie Kiedy, jakie są następstwa?

Czy orzeczono u Pana/Pani stopień niepełnosprawności? (niezdolności do pracy - inwalidztwo )?

tak  nie Stopień niepełnosprawności, z jakiej przyczyny?

### Czy cierpi lub cierpiał/a Pan/Pani na poniższe schorzenia lub dolegliwości?

Na co - prosimy podać szczegóły? Od kiedy-do kiedy?

- serca, układu krążenia, naczyń (np. podwyższone ciśnienie krwi, dolegliwości sercowe, uczucie ucisku w klatce piersiowej, duszność, zaburzenia krążenia, żylaki, zakrzepy)

tak  nie

- układu nerwowego (np. niedowład, padaczka, stwardnienie rozsiane) albo psychiczne (np. depresje)

tak  nie

- narządów zmysłów (np. wzroku, słuchu, powonienia)

tak  nie

- kości, stawów lub mięśni (np. reumatyzm, schorzenia kręgosłupa, stawów kolanowych)

tak  nie

- układu oddechowego (np. przewlekły kaszel, astma)

tak  nie

- układu pokarmowego (np. żołądek, jelita, pęcherzyk żółciowy, wątroba, trzustka)

tak  nie

- nerek lub dróg moczowych (np. zapalenie pęcherza lub nerek, kamica nerkowa)

tak  nie

- krwi (np. białaczka)

tak  nie

- układu odpornościowego (np. choroby zakaźne, alergie, zakażenie HIV, AIDS)

tak  nie

- przemiany materii (np. cukrzyca), podwyższony poziom cholesterolu, dna moczanowa, choroby gruczołów (np. tarczycy)

tak  nie

- skóry (np. egzema, grzybica)

tak  nie

- narządów płciowych (np. macicy, gruczołów piersiowych, prostaty)

tak  nie

- inne dolegliwości (np. nowotwory), o których nie było mowy powyżej

tak  nie

Czy cierpi lub cierpiał/a Pan/Pani na poniższe schorzenia lub dolegliwości? ...cd	Na co - prosimy podać szczegóły? Od kiedy-do kiedy?	
Czy był/a Pan/Pani operowany/a lub zalecono operację?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kiedy? Z jakiego powodu? Gdzie? tak nie
Czy był Pan/Pani poddany/a radioterapii lub chemioterapii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kiedy? Z jakiego powodu? Gdzie? tak nie
Czy był Pan/Pani leczony/a w szpitalu, uzdrowisku lub w centrum rehabilitacyjnym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kiedy? Dlaczego? Gdzie? tak nie
Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 4 tygodnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kiedy? Od kiedy-do kiedy? Z jakiego powodu? tak nie
Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przed złożeniem wniosku miały miejsce u Pana/Pani badania laboratoryjne serca (np. EKG) lub obrazowe (np. Rentgen, tomografia, USG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kiedy? Dlaczego? Gdzie? tak nie
Czy u Pana/Pani biologicznych rodziców lub rodzeństwa wystąpiły schorzenia serca lub układu krążenia (np. zawał, niewydolność krążenia, wylew), nowotwory złośliwe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U kogo? Jakie? W jakim wieku? tak nie

Adnotacje dodatkowe

**Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych:**

Oświadczam, że udzieliłem/am odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco. Stwierdzam, że niniejszy wniosek został przez Pośrednika wypełniony prawidłowo. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować zwolnieniem Ubezpieczyciela z odpowiedzialności. Znanе mi są konsekwencje udzielenia nieprawidłowych informacji we wniosku ubezpieczeniowym określone w Ustawie z dn. 23 kwietnia 1964 r. z późniejszymi zmianami Kodeks Cywilny.

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane we wniosku o ubezpieczenie są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały przekazane w dobrej wierze. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, które otrzymałam/lem i z którymi zostałam/em zaznajomiona/y. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Podmioty, o których mowa zwalnim z zachowania tajemnicy lekarskiej wobec UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

AMU-002\_v.3-06.05.2008



właściwe zakreślić

miejscowość, data

podpis Ubezpieczonego

pieczęć i podpis przedstawiciela UNIQA TU na Życie S.A.