



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132

tel. 42 66 66 500
centrala@uniqa.pl, www.uniqa.pl

Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieście w Łodzi
KRS 0000005751, NIP 554-100-15-22
Kapitał zakładowy i wpłacony: 42 774 700 PLN

Ankieta medyczna

Ubezpieczenie na życie

Ze względu na dane wrażliwe oryginał ankiety medycznej prześlij bezpośrednio do UNIQA

UBEZPIECZENIE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa ubezpieczenia	Numer polisy	Numer wniosku
Ta ankieta stanowi załącznik do: <input type="checkbox"/> wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia <input type="checkbox"/> wniosku o dokonanie zmian w ramach umowy ubezpieczenia		

DANE UBEZPIECZONEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko	PESEL lub data urodzenia

STAN ZDROWIA (w przypadku udzielania odpowiedzi pozytywnej, szczegóły opis poniżej)

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

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Choroby, zaburzenia

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

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Z jakiej przyczyny

Proszę podać wzrost i masę ciała

<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg
-------------------------	-------------------------

Ile Pan/Pani pije alkoholu i pali papierosów lub innych wyrobów tytoniowych w ciągu dnia?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alkohol, ml/dziennie	Rodzaj alkoholu	Tytoń (liczba papierosów, cygar, fajek)

Czy zażywał/a Pan/Pani regularnie lekarstwa?

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Jakie, od kiedy do kiedy

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

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Jakie, od kiedy do kiedy

Kto jest Pana/Pani lekarzem rodzinnym (rejonowym)?

<input type="text"/>
Nazwisko, adres

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

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Podaj specjalizację lekarza

Czy uległ/a Pan/Pani wypadkowi?

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Kiedy, jakie są następstwa

Czy orzeczono u Pana/Pani niepełnosprawność lub rentę z tytułu niezdolności do pracy?

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Stopień niepełnosprawności, z jakiej przyczyny

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

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

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Układu nerwowego (np. niedowłady, padaczka, stwardnienie rozsiane) albo psychiczne (np. depresje)

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Narządów zmysłów (np. wzroku, słuchu, powonienia)

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Kości, stawów lub mięśni (np. reumatyzm, schorzenia kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, rwa kulszowa)

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>
	Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Układu oddechowego (np. przewlekły kaszel, astma, POCHP)

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Krwi (np. białaczka)

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Skóry (np. egzema, grzybica, łuszczyca)

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Narządów płciowych (np. macicy, piersi, prostaty)

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak

Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Czy był/a Pan/Pani operowany/a lub zalecono operację?

Nie Tak

Kiedy, z jakiego powodu, gdzie

Czy był/a Pan/Pani poddany/a radioterapii lub chemioterapii?

Nie Tak

Kiedy, z jakiego powodu, gdzie

Czy był/a Pan/Pani leczony/a w szpitalu, uzdrowisku lub w centrum rehabilitacyjnym?

Nie Tak

Kiedy, dlaczego, gdzie

Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 4 tygodnie?

Nie Tak

Kiedy, jak długo, z jakiego powodu

Czy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przed złożeniem wniosku miały miejsce u Pana/Pani badania laboratoryjne, obrazowe (np. rtg, tomografia, USG) lub inne np. EKG, EEG?

Nie Tak

Kiedy, dlaczego, gdzie

Czy u Pana/Pani biologicznych rodziców lub rodzeństwa wystąpiły schorzenia serca lub układu krążenia (np. zawał, niewydolność krążenia, wylew), nowotwory złośliwe?

Nie Tak

U kogo, jakie, w jakim wieku

ADNOTACJE DODATKOWE

Proszę dołączyć:

kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego ze szpitala, szpitala uzdrowiskowego lub sanatorium uzdrowiskowego, ostatnie wyniki badań – jeśli je Pan/Pani posiada.

Miejscowość, dnia

Własnoręczny podpis ubezpieczonego