



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, Sąd Rejonowy
dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS,
KRS 41216, NIP 521-103-68-59, kapitał zakładowy:
496 772 608 PLN – opłacony w całości,
tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl

Ankieta medyczna

Ubezpieczenie na życie

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

UBEZPIECZENIE

Nazwa ubezpieczenia Numer polisy Numer wniosku

Ta ankieta stanowi załącznik do:

wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

wniosku o dokonanie zmian w ramach umowy ubezpieczenia

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko PESEL lub data urodzenia

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

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

Nie Tak
Choroby, zaburzenia

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

Nie Tak
Z jakiej przyczyny

Proszę podać wzrost i masę ciała

cm kg

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

Alkohol, ml/dziennie Rodzaj alkoholu Tytoń (liczba papierosów, cygar, fajek)

Czy zażywał/a Pan/Pani regularnie lekarstwa?

Nie Tak
Jakie, od kiedy do kiedy

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

Nie Tak
Jakie, od kiedy do kiedy

Kto jest Pana/Pani lekarzem rodzinnym (rejonowym)?

Nazwisko, adres

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

Nie Tak
Podaj specjalizację lekarza

Czy uległ/a Pan/Pani wypadkowi?

Nie Tak
Kiedy, jakie są następstwa

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

Nie Tak
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, żylaki, zakrzepy)

Nie Tak
Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak
Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

Narządów zmysłów (np. wzroku, słuchu, powonienia)

Nie Tak
Proszę podać szczegóły - od kiedy do kiedy, na co

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

Nie Tak
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