

Ankieta medyczna

1.	Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczony, odrzucony lub przyjęty na warunkach odmiennych od wnioskowanych?	☐ Nie	☐ Tak
2.	Waga _____ kg, wzrost _____ cm Czy pali Pan/Pani papierosy lub tytoń? Jeśli tak, prosimy podać, ile sztuk dziennie: ____ szt.	☐ Nie	☐ Tak
3.	Czy obecnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu trzech ostatnich lat przebywał/-a na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 10 kolejno następujących po sobie dni, z wykluczeniem zwolnień lekarskich z powodu grypy lub przeziębienia, lub czy orzeczone u Pana/Pani częściową lub całkowitą niezdolność do pracy z tytułu choroby lub wypadku lub stwierdzono u Pana/Pani ograniczoną zdolność do pracy (niepełnosprawność)?	☐ Nie	☐ Tak
4.	Czy w ciągu ostatnich 10 lat korzystał/-a Pan/Pani z porady lekarskiej lub leczył/-a się na poniższe schorzenia:		
	a) zawał serca, choroby układu krążenia, chorobę wieńcową, podwyższone ciśnienie krwi, jakiegokolwiek inne choroby serca, udar mózgu, cukrzycę, choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową lub z dusznością?	☐ Nie	☐ Tak
	b) nowotwór, czerniak, guz, torbiel, polipy, cysty, zmiany węzłów chłonnych, zmiany skórne, które pojawiły się lub zmieniły w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub charakteryzowały się krwawieniem?	☐ Nie	☐ Tak
	c) choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby (WZW typu B lub typu C), HIV, choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej?	☐ Nie	☐ Tak
	d) choroby nerek, choroby układu moczowo-płciowego?	☐ Nie	☐ Tak
	e) stwardnienie rozsiane, choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków?	☐ Nie	☐ Tak
	f) toczeń układowy, choroby i urazy stawów, rwę kulszową, dyskopatię kręgosłupa?	☐ Nie	☐ Tak
	g) wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jedno- lub obustronną ślepotę, jaskrę, zaćmę lub wady słuchu?	☐ Nie	☐ Tak
5.	Czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub operację, lub na wyniki wykonywanych badań, lub jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub leczenia?	☐ Nie	☐ Tak
6.	Czy w Pana/Pani rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) zostały zdiagnozowane przed 60. rokiem życia takie choroby jak: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, wady wrodzone lub choroby dziedziczne?	☐ Nie	☐ Tak
7.	Adres przychodni, w której obecnie zarejestrowany jest Ubezpieczony Główny, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.		

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” w pytaniu 4 lub 5 powyższej ankiety medycznej Ubezpieczonego Głównego, prosimy przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanego schorzenia.