

ANKIETA UBEZPIECZONEGO

Numer wniosku / Polisy

1. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię Drugie imię
 Nazwisko PESEL

2. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

1.	Wzrost <input type="text"/> cm Waga <input type="text"/> kg	TAK	NIE
2.	Czy Ubezpieczony w okresie ostatnich 5 lat korzystał z opieki lekarza z powodu przewlekłych schorzeń, przebywał w szpitalu lub sanatorium z powodu jakiegokolwiek schorzenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy Ubezpieczony w okresie ostatnich 5 lat korzystał z jakiegokolwiek formy leczenia lub przyjmował przewlekle (dłużej niż 4 tygodnie) jakiegokolwiek leki (nawet nie przepisane przez lekarza) albo używał jakichkolwiek leków także z powodów pozamedycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy Ubezpieczony pobierał lub pobiera rentę inwalidzką? Jeżeli TAK - prosimy podać od kiedy, z jakiego powodu i której grupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy Ubezpieczony w okresie ostatnich 5 lat przebywał na dłuższym zwolnieniu lekarskim niż 3 tygodnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy w przeszłości wniosek Ubezpieczonego o ubezpieczenie na życie lub ubezpieczenie zdrowotne został odrzucony lub zaakceptowany na specjalnych warunkach przez jakiegokolwiek towarzystwo ubezpieczeniowe?		
7.	Czy Ubezpieczony uskarża się obecnie lub uskarżał się w okresie ostatnich 10 lat na wymienione poniżej dolegliwości lub schorzenia oraz czy kiedykolwiek stwierdzono nieprawidłowości w wynikach badań medycznych?		
7.1	choroby serca i układu krążenia np. choroba wieńcowa, bóle w klatce piersiowej, nadciśnienie tętnicze, wada serca, schorzenia naczyń krwionośnych itp. Czy stwierdzono nieprawidłowy zapis EKG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	choroby płuc i układu oddechowego np. przewlekłe lub nawracające zapalenie oskrzeli albo nawracające zapalenie płuc, astma, gruźlica itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	choroby przewodu pokarmowego, wątroby lub woreczka żółciowego np. nawracające lub przewlekłe stany zapalne żołądka lub jelita cienkiego albo grubego, choroba wrzodowa, zapalenie wątroby, trzustki, dróg żółciowych, kamica żółciowa itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	choroby nerek, pęcherza moczowego lub narządów płciowych np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, schorzenia prostaty, schorzenia macicy, jajników, szyjki macicy, gruczołów piersiowych itp. Czy stwierdzono obecność białka lub krwi w moczu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	choroby metaboliczne lub endokrynologiczne np. cukrzyca, dna moczanowa, schorzenia tarczycy lub innych gruczołów dokrewnych itp. Czy stwierdzono wysoki poziom cholesterolu lub trójglicerydów we krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	choroby nowotworowe, rak. Czy stwierdzono guzy złośliwe lub łagodne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7	choroby krwi lub układu limfatycznego np. powiększenie węzłów chłonnych, białaczka, ziarnica złośliwa, szpiczak mnogi itp. Czy stwierdzono nieprawidłową morfologię krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8	choroby układu nerwowego lub zaburzenia psychiczne np. udary, porażenia, niedowłady, padaczka, zaburzenia świadomości, nerwice, stany depresyjne, próby samobójcze, anoreksja itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9	choroby oczu, uszu, gardła i skóry np. zaburzenia słuchu i wzroku, nawracające anginy, przewlekłe zmiany skórne itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10	choroby lub zaburzenia funkcji mięśni, kości, stawów i więzadeł np. zapalenia stawów, toczeń trzewny, dyskopatia, osteochondroza, zaniki mięśni itp. Czy występują trwale, niekorzystne następstwa wypadków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11	choroby zakaźne lub ich następstwa, choroba reumatyczna np. schorzenia alergiczne, zakażenie wirusem HIV lub choroby przenoszone drogą płciową itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy rodzice lub rodzeństwo Ubezpieczonego chorowali lub chorują na następujące schorzenia: cukrzyca, hiperlipidemia, choroby serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, rak lub inne choroby nowotworowe, zaburzenia psychiczne, stwardnienie rozsiane, choroby nerek lub jelita grubego albo inne choroby wrodzone? Jeżeli TAK - prosimy podać, kto i na jakie schorzenie, a w przypadku zgonu z powodu tych schorzeń - wiek w chwili zgonu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy Ubezpieczony pije alkohol lub używa narkotyków? Jeżeli TAK - prosimy podać - rodzaj alkoholu / narkotyków, ile, jak często?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy Ubezpieczony pali tytoń? Jeżeli TAK - prosimy podać: rodzaj, ilość wypalanego tytoniu dziennie oraz od kiedy Ubezpieczony pali tytoń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy Ubezpieczony kiedykolwiek korzystał z porad medycznych w związku z nadużywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub paleniem tytoniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

