



Załącznik do deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie – ankieta medyczna – wersja rozszerzona

Nr polisy ubezpieczenia
Insurance policy no.

Nr podgrupy
Subgroup no.

Annex to the declaration of accession to group life insurance – medical
questionnaire – extended version

Formularz należy wypełnić drukowanymi literami, nie wychodząc za linię.
Please fill out the form in block capitals and make sure not to go beyond the lines.

Ubezpieczający Policyholder

Nazwa firmy

Name of company

NIP

NIP (Tax Identification Number)

Ubezpieczony (proszę o wybranie właściwego typu Ubezpieczonego)

Insured Person (please select a relevant type of the Insured Person)

Pracownik:
Employee:

umowa o pracę
contract of employment

umowa o współpracę
cooperation agreement

umowa zlecenie
contract of mandate

właściciel
owner

inne
other

Małżonek:
Spouse:

Data zawarcia związku małżeńskiego
Date of marriage

D D M M R R R R
D D M M Y Y Y Y

Pełnoletnie Dziecko
Adult Child

Partner
Partner

Nazwisko

Surname

Imię

Name

Data urodzenia

(obowiązkowa)

Date of birth (obligatory)

D D M M R R R R
D D M M Y Y Y Y

PESEL

PESEL (Personal
Identification Number)

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)
(passport/residence card number in lack of PESEL)

Dodatkowe informacje o Ubezpieczonym/Współubezpieczonym oraz o jego stanie zdrowia

Additional information on the Insured Person/Co-Insured Person and their health condition

Wzrost _____ cm

Height

waga _____ kg

weight

TAK
Yes

NIE
No

1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat lekarz zlecił Ci dalszą diagnostykę lub leczenie po wykonaniu przez Ciebie następujących badań: rezonans magnetyczny (MRI), tomografia komputerowa (TK), kolonoskopia, endoskopia, angiografia, biopsja, USG, mammografia, RTG, USG, EKG?

Has a physician recommended further diagnostics or treatment over the last 5 years after you conducted the following examinations: magnetic resonance (MR), computed tomography (CT), colonoscopy, endoscopy, angiography, biopsy, ultrasound examination, mammography, X-ray examination, ultrasound examination, ECG?

Nazwa badania

Name of examination

Data badania

Date of examination

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.

Please provide detailed information and attach copies of your examination results.

2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat zasięgałaś/eś porady lekarskiej z powodów innych niż krótkotrwałe i przejściowe schorzenia (np. przeziębienie) lub zamierzasz zasięgnąć takiej porady w najbliższej przyszłości?
Have you consulted a physician over the last 2 years for reasons other than short-term and transient diseases (e.g. cold) or do you intend to ask for such advice in the nearest future?
Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej. Podaj informacje o przyczynie konsultacji i podjętym leczeniu lub zleconych badaniach.
Please provide specific information and attach copies of medical records. Please specify the reason for consultation and treatment undertaken or examinations recommended.

3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni?
Have you taken or do you currently take any medication longer than subsequent 30 days over the last 2 years?

Od _____ Do _____ nadal _____
From To still

Prosimy o podanie przyczyny leczenia, nazwa leku, dawka.
Please specify the reason for treatment, name of medication, dose.

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywałaś/eś na leczeniu w szpitalu, byłaś/eś operowana lub czy zalecono Ci leczenie szpitalne lub operację?
Have you been treated in hospital, undergone surgery or been assigned hospital treatment or surgery over the last 5 years?

Rok i miesiąc leczenia _____ Przyczyna _____
Year and month of treatment M M M M R Y R Y R Y Reason

Prosimy o dołączenie kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane), oraz innej posiadanej dokumentacji medycznej.
Please attach a copy of hospital discharge certificate along with the results of histopathological examination (if any) as well as other medical documentation that you possess.

5. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałaś/eś na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni lub czy występuje u Ciebie jakiegokolwiek ograniczenie zdolności do wykonywania pracy?
Have you been on sick leave longer than 30 days over the last 2 years or do you currently have any limitations on your ability to work?

Od _____ Do _____ nadal _____
From To still

nazwa choroby / przyczyna _____
name of disease / reason

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.
Please provide specific information and attach a copy of your examination results.

6. Czy kiedykolwiek ubiegałaś/eś się o przyznanie lub obecnie masz orzeczoną rentę inwalidzką, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o niepełnosprawności lub świadczenie rehabilitacyjne?
Have you ever applied for or do you currently hold a disability pension, certificate of inability to work, certificate of disability or rehabilitation benefit?

Od _____ Do _____ nadal _____
From To still

nazwa choroby / przyczyna _____
name of disease / reason

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.
Please provide specific information and attach a copy of your examination results.

7. Czy kiedykolwiek wystąpiły lub występują u Ciebie poniższe dolegliwości lub chorowałaś lub chorujesz na:
Have you ever experienced or do you currently experience the following ailments or have you suffered or do you suffer from:

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danej choroby.
Please provide detailed information and attach copies of your medical documentation related to a given disease.

- a) chorobę wieńcową, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, choroby tarczycy?
coronary disease, chest pain, myocardial infarction, heart defect, heart rhythm disorders, arterial hypertension, diabetes, thyroid diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- b) udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub inne?
brain stroke, intracranial bleeding, transient ischemic attack (TIA) or other?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- c) krwiotłucie, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, sarkoidozę, gruźlicę, astmę lub inne choroby układu oddechowego?
haemoptysis, chronic bronchitis, emphysema, sarcoidosis, tuberculosis, asthma or other respiratory system diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- d) choroby przewodu pokarmowego w tym wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę Crohna, chorobę żołądka lub dwunastnicy, dróg żółciowych, wątroby, trzustki, żółtaczkę, wirusowego zapalenie wątroby typu B lub C, przepukliny lub inne
digestive tract diseases, including ulcerative colitis, Crohn's disease, disease of stomach and duodenum, bile ducts, liver, pancreas, hepatitis B or C, hernia or other

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- e) choroby układu moczowego w tym przewlekłe zapalenie nerek, niewydolność nerek, kamicę nerkową, wielotorbielowatość nerek lub inne?
urinary tract diseases, including chronic nephritis, renal failure, nephrolithiasis, polycystic kidney disease or other?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- f) niedowładu, stwardnienia rozsianego, występowanie nieskoordynowanych ruchów, chroniczne przemęczenie, omdlenia, utraty przytomności, zawroty głowy, padaczkę, choroby kręgosłupa w tym dyskopatię, choroby stawów lub inne choroby układu nerwowego?
paresis, multiple sclerosis (MS), uncoordinated movements, chronic fatigue, fainting, loss of consciousness, dizziness, epilepsy, spinal diseases, including discopathy, diseases of joints or other nervous system diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- g) choroby psychiczne w tym nerwice, depresje, anoreksja, próby samobójcze?
mental illness including neurosis, depression, anorexia, suicide attempts?

Rok i miesiąc rozpoznania _____ Nazwa choroby / przyczyna _____
Year and month of diagnosis M M M M R Y R Y R Y Name of disease / reason

- h) choroby mięśni
muscle diseases
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- i) choroby układu krwiotwórczego w tym białaczka, hemofilia, niedokrwistość lub inne
hemopoietic system diseases, including leukaemia, haemophilia, anaemia or other
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- j) wskazania do przeszczepu narządu lub stan po przeszczepie?
indications for transplantation of an organ or state after transplantation?
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- k) zaburzenia widzenia?
vision impairment?
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- l) guzy, nowotwór złośliwy, powiększone węzły chłonne, torbiele, polipy, podejrzone znamiona i inne?
tumours, malignant neoplasm, enlarged lymph nodes, cysts, polyps, suspicious marks and other?
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- ł) podwyższony poziom cholesterolu we krwi i wszelkie nieprawidłowości w badaniach krwi i moczu lub innych badaniach które wymagały porady
lekarskiej, leczenia lub dalszego postępowania diagnostycznego?
high cholesterol level and any irregularities in blood and urine tests or other examinations which required medical consultation, treatment or further diagnostics?
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
- m) inne choroby i nieprawidłowości występujące aktualnie lub w przeszłości, niewymienione powyżej?
other diseases and irregularities in the presence or in the past that have not been mentioned above?
- Rok i miesiąc rozpoznania Nazwa choroby / przyczyna
Year and month of diagnosis MM MM RY RY RY RY Name of disease / reason
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat byłeś/eś lub obecnie jesteś uzależniony/a lub leczony/a z powodu nadużywania lub uzależnienia od alkoholu, lub innych
środków odurzających, lub substancji psychotropowych lub lekarz wydał zalecenie zaprzestania spożywania alkoholu lub innych środków odurzających,
lub substancji psychotropowych?
Have you been addicted to or treated due to your overuse of or addiction to alcohol, or other intoxicating substances or psychotropic substances over the last 10 years or has the physician
recommended that you stop consuming alcohol or other intoxicating substances or psychotropic substances?
Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej.
Please provide detailed information and attach copies of your medical documentation.
- Rok i miesiąc Przyczyna
Year and month MM MM RY RY RY RY Reason
9. Czy występują u Ciebie jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne, będące wynikiem przebytego w przeszłości wypadku bądź urazu?
Do you experience any health issues which result from an accident or injury suffered in the past?
Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej.
Please provide detailed information and attach copies of your medical documentation.
- Rok i miesiąc urazu Dolegliwości
Year and month of injury MM MM RY RY RY RY Ailments
10. Informacje dodatkowe:
Additional information:

Ubezpieczony

Insured Person

Imię i nazwisko (czytelny podpis)
Name and surname (legible signature)Wzór podpisu¹
Specimen signature¹Data²
Date²

D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

¹ dotyczy Ubezpieczonego, podpisu tego należy używać we wszystkich dokumentach kierowanych do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
² Dokument jest ważny przez 3 miesiące od daty jego podpisania.¹ applicable to the Insured Person; this signature should be used in each and every document addressed to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
² The document is valid for 3 months of its signing.