



## Załącznik do Deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie – rozszerzona ankieta medyczna

Nr polisy ubezpieczenia

Nr podgrupy

### Ubezpieczający

Nazwa firmy

### Ubezpieczony

Pracownik  Małżonek  Pełnoletnie Dziecko  Partner

Nazwisko

Imię

### Informacje o stanie zdrowia

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania poprzez wstawienie „X” w rubryce „NIE” albo „TAK” oraz gdy odpowiedź brzmi „TAK” – podanie szczegółowych informacji:

#### Część I

wzrost \_\_\_\_\_ cm waga \_\_\_\_\_ kg

#### Pytania

**Nie** **Tak** **Szczegółowe informacje**

#### 1. Użytki

- a) papierosy: czy palił/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy papierosy lub inne produkty tytoniowe?  Nie  Tak
- b) alkohol: czy pił/a lub pije Pan/Pani alkohol?  Nie  Tak

a) Średnio dziennie (w sztukach):

papierosy \_\_\_\_\_, cygara \_\_\_\_\_, fajkę \_\_\_\_\_, inne \_\_\_\_\_

b) Rodzaj/ ilość alkoholu miesięcznie (w litrach):

piwo \_\_\_\_\_, wino \_\_\_\_\_, mocne alkohole \_\_\_\_\_

#### 2. Choroby

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani jakąkolwiek chorobę, w szczególności chorobę serca, udar mózgu, nowotwór złośliwy, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, dodatni wynik testu w kierunku HIV?  Nie  Tak

Prosimy o podanie następujących informacji:

nazwa choroby \_\_\_\_\_

data diagnozy \_\_\_\_\_

oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.

#### 3. Diagnostyka

Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub miał/a Pan/Pani zlecone lub wykonane badania w kierunku:

- a) cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, podwyższonego poziomu cholesterolu we krwi, padaczki, choroby jelit, nerek, wątroby, układu oddechowego, stwardnienia rozsianego, choroby psychicznej, tarczycy?  Nie  Tak
- b) nowotworu, guza, podejrzanych znamion, niedowładu, utraty przytomności, zaburzeń widzenia, choroby alkoholowej?  Nie  Tak

Prosimy o podanie przyczyny prowadzonej diagnostyki:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.

#### 4. Porady lekarskie

Czy w ciągu ostatnich 2 lat zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej z powodów innych, niż krótkotrwałe i przejściowe schorzenia (np. przeziębienie) lub zamierza Pan/Pani zasięgnąć takiej porady w najbliższej przyszłości?  Nie  Tak

Prosimy o podanie następujących informacji:

przyczyna konsultacji \_\_\_\_\_

podjęte leczenie lub zlecone badania \_\_\_\_\_

oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.

#### 5. Leczenie/ zwolnienia lekarskie/ niezdolność do pracy/ pobyty w szpitalu/ operacje:

- a) czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmuje Pan/ Pani jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy niż 14 kolejnych dni?  Nie  Tak

Prosimy o podanie następujących informacji:

a) przyczyna leczenia \_\_\_\_\_

nazwa leku: \_\_\_\_\_

dawka: \_\_\_\_\_

- b) czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 14 dni lub czy występuje u Pana/Pani jakiegokolwiek ograniczenie zdolności do wykonywania pracy?  Nie  Tak

b) od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

nazwa choroby \_\_\_\_\_

stopień niepełnosprawności \_\_\_\_\_

- c) czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/Pani na leczeniu w szpitalu, był/a operowany/a lub czy zalecono Panu/Pani leczenie szpitalne/operację<sup>1</sup>?  Nie  Tak

c) rok i miesiąc leczenia \_\_\_\_\_

przyczyna \_\_\_\_\_

oraz o dołączenie kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane), oraz innej posiadanej dokumentacji medycznej.



Pytania	Nie	Tak	Szczegółowe informacje
<b>6. Choroby w rodzinie</b> Czy u kogokolwiek spośród Pana/Pani rodziców, braci, sióstr do 60. roku życia włącznie stwierdzono występowanie chorób serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, stwardnienia rozsianego, choroby (pląsawicy) Huntingtona, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zwyrodnienia torbielowatego (wielotorbielowatości) nerek, polipowatości jelita grubego lub innej choroby dziedzicznej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prosimy o podanie następujących informacji: nazwa choroby _____ _____ wiek osoby chorującej w momencie rozpoznania _____
<b>7.</b> Czy przyjmuje lub przyjmował/a Pan/Pani narkotyki lub inne niedozwolone środki odurzające np. kokaina, heroina, ekstazy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prosimy o podanie następujących informacji: rodzaj: _____ okres przyjmowania od _____ do _____
<b>8.</b> Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywał/a Pan/Pani lub miał/a zleczone jakiegokolwiek badania specjalistyczne, w szczególności np. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, endoskopia, angiografia, biopsja, EKG wysiłkowe, USG, mammografia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prosimy o podanie przyczyny badań: _____ _____ oraz dołączenie kopii wyników badań.
<b>9.</b> Czy kiedykolwiek wystąpiły/występują u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub chorował/a lub choruje Pan/Pani na:			Prosimy o podanie szczegółowych informacji:
<b>a)</b> choroby układu krążenia w tym chorobę wieńcową, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca, udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>b)</b> choroby układu oddechowego w tym, krwioplucie, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, sarkoidozę, gruźlicę lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>c)</b> choroby przewodu pokarmowego w tym wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę Crohna, chorobę żołądka lub dwunastnicy, dróg żółciowych, wątroby, trzustki, żółtaczkę, przepukliny lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>d)</b> choroby układu moczowego w tym kamicę nerkową, wielotorbielowatość nerek lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>e)</b> choroby układu nerwowego w tym omdlenia, zawroty głowy, występowanie nieskoordynowanych ruchów, chroniczne przemęczenie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>f)</b> choroby psychiczne w tym nerwice, depresje, anoreksja, próby samobójcze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>g)</b> choroby kręgosłupa w tym dyskopatia, choroby mięśni i stawów lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>h)</b> choroby układu krwiotwórczego w tym białaczka, hemofilia, niedokrwistość lub inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>i)</b> wszelkie inne nieprawidłowości w badaniach krwi i moczu lub zaburzenia hormonalne nie wymienione powyżej lub guzy, torbiele, polipy, które wymagały porady lekarskiej, postępowania diagnostycznego lub leczenia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Informacje dodatkowe

Potwierdam, że wszelkie podane dane są kompletne i zgodne z prawdą. Jednocześnie zobowiązuje się poinformować Ubezpieczyciela o okolicznościach powodujących zmianę informacji zawartych w tej ankiecie, jeżeli okoliczności te zaistnieją przed dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

### Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu?

Data

<sup>1</sup> z wyłączeniem pobytów w szpitalu z powodu porodów

