

Dane Ubezpieczającego

Nazwa

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Dane medyczne

Wzrost

Waga

____ cm

____ kg

Deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego

1. Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 kolejnych, następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży) lub czy pobiera Pan/Pani świadczenie rehabilitacyjne? NIE TAK
2. Czy w przeszłości chorował/-a Pan/Pani lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:
 - a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, wady serca, nadciśnienie tętnicze krwi lub inne przewlekłe choroby układu krążenia? NIE TAK
 - b) niewydolność nerek? NIE TAK
 - c) przewlekłe choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową? NIE TAK
 - d) cukrzyca, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie jelita grubego, inne przewlekłe choroby układu pokarmowego? NIE TAK
 - e) nowotwory? NIE TAK
 - f) udar, paraliż (porażenie), niedowład? NIE TAK
 - g) padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków lub innych używek), choroby psychiczne, stwardnienie rozsiane (SM), choroba Alzheimera, choroba Parkinsona? NIE TAK
 - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, marskość wątroby, AIDS, zakażenie wirusem HIV? NIE TAK
 - i) choroby układu kostno-stawowego, takie jak: choroby reumatyczne, zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, lub urazy (w tym: złamania, zwichnięcia, naderwania), które pozostawiły trwałe następstwa; nie dotyczy urazów, które nie pozostawiły po zakończonym leczeniu następstw w układzie kostno-stawowym? NIE TAK
 - j) inne choroby niewymienione powyżej, skutkujące hospitalizacją powyżej 30 dni? NIE TAK
3. Czy ubiegał/-a się Pan/Pani lub otrzymywał/-a lub będzie się ubiegać o uzyskanie renty lub czy Pana/Pani zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona? NIE TAK
4. Czy w ciągu ostatniego roku był/-a Pan/Pani operowany/-a lub czy oczekuje Pan/Pani na wykonanie zabiegu operacyjnego? NIE TAK
5. Czy w przeszłości palił/-a Pan/Pani lub pali obecnie powyżej 30 sztuk papierosów dziennie? NIE TAK
6. Czy ma Pan/Pani wadę wzroku lub słuchu? NIE TAK
7. Prosimy podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał/-a Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie. *Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, prosimy podać dane lekarza/przychodni, gdzie wykonywał/-a Pan/Pani badania (np. okresowe).*
8. Wykonuję jeden z niżej wymienionych zawodów: pracownik wykonujący pracę na wysokości (powyżej 10 m), pod ziemią lub przy rozbiórce budynków, pracownik leśny pracujący przy pozyskiwaniu drewna, pracownik tartaku, operator dźwigów lub suwnic, artysta cyrkowiec, kaskader, pracownik platformy wiertniczej, górnik i inny pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, marynarz i rybak, ratownik górski, wodny lub lotniczy, funkcjonariusz agencji bezpieczeństwa, służb specjalnych lub formacji uzbrojonych, straży miejskiej, leśnej, kolejowej oraz ochrony mienia posiadający broń palną, policjant, strażak, żołnierz zawodowy, korespondent wojenny, nurek lub inna osoba wykonująca prace pod wodą, pracownik wykonujący pracę przy materiałach wybuchowych lub z ich wykorzystaniem (w tym ich transport), przewożenie paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach. NIE TAK

Prosimy o udzielenie wyjaśnień w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” przy którymkolwiek z powyższych pytań lub oświadczeń

Oświadczenie

Oświadczam, że wypełniając dobrowolnie niniejszą Ankietę medyczną w sposób pełny, zgodny z prawdą, wykorzystałem/-am posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z postanowieniami Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, w przypadku zatajenia informacji, o które zapytywało mnie Towarzystwo, lub gdyby informacje przeze mnie podane były niezgodne z prawdą, w okresie trzech lat od daty objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. jest wolne od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

Miejscowość

 D D M M R R R R
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego