

## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

### Dane osobowe:

 Imiona: 

 Nazwisko: 

 Data urodzenia:            

dzień                      miesiąc                      rok                      numer ewidencyjny PESEL

       

seria i nr dowodu osobistego

Wzrost:	<input type="text"/>	cm	Waga:	<input type="text"/>	kg	Zmiana wagi w przeciągu ostatniego roku o (+/-)	<input type="text"/>	kg
Tygodniowe spożycie alkoholu (rodzaj, ilość):						<input type="text"/>		
Liczba wypalanych papierosów/cygar/fajek dziennie (obecnie lub w przeszłości – kiedy? jak długo?):						<input type="text"/>		
Imię i nazwisko, adres, nr telefonu lekarza rodzinnego lub prowadzącego oraz nazwy i adresy placówek medycznych, z usług których Pan/i korzysta/korzystała/a.						<input type="text"/>		

**Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania, wstawiając w odpowiednim polu znak „X”:**

	PYTANIE	TAK	NIE	W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy o podanie szczegółowego opisu, wypełnianie odpowiedniej ankiety medycznej oraz dołączenie kserokopii dokumentacji medycznej
1	Czy obecnie Pana/i zdolność do pracy jest ograniczona lub czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/i grupę inwalidzką/orzeczenie o niezdolności do pracy lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? (z jakiej przyczyny? kiedy? która grupa inwalidzka?)			
2	Czy w okresie ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie lub doznał/a Pan/i urazu ciała lub rozstroju zdrowia, był/a operowany/a, przebywał/a w szpitalu, sanatorium lub miał/a przeprowadzane badania diagnostyczne, np. EKG, USG, TK, MR, badanie endoskopowe, inne? (kiedy? z jakiego powodu? jak długo trwał pobyt w szpitalu? Prosimy załączyć kopie wyników.)			
3	Czy kiedykolwiek występowały u Pana/i choroby lub dolegliwości ze strony wymienionych niżej układów lub narządów:			
	a) układu krążenia, np. bóle w klatce piersiowej, choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, kołatanie serca, niewydolność krążenia, zakrzepowe zapalenie żył lub inne?			
	b) układu nerwowego, np. wylew krwi do mózgu, udar mózgu, bóle głowy, zawroty głowy, drgawki, padaczka, utrata przytomności, porażenie, niedowład, depresja, choroby psychiczne lub inne?			
	c) układu oddechowego, np. astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, duszności, przewlekły kaszel lub chrypka, gruźlica, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc, alergia lub inne?			
	d) układu pokarmowego, np. choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, stany zapalne przełyku, żołądka, jelit, nawracające biegunki, zaparcia, zapalenie trzustki, choroby pęcherzyka żółciowego, wątroby, żółtaczką, krwawienia z przewodu pokarmowego lub inne?			
	e) układu moczowego, np. niewydolność nerek, choroby pęcherza moczowego, prostaty, infekcje dróg moczowych, kamica moczowa, obecność białka, krwi w moczu lub inne?			

	f) układ rozrodczy: choroby ginekologiczne w tym choroby piersi, nieprawidłowy wynik cytologii lub inne?			
	g) choroby nowotworowe, guzy, powiększenie węzłów chłonnych, choroby krwi lub układu krwiotwórczego?			
	h) zaburzenia hormonalne, przemiany materii, np. choroby tarczycy, cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, dna moczanowa lub inne?			
	i) choroby kręgosłupa, kości, mięśni, stawów, więzadeł: bóle kręgosłupa, dyskopatia, choroby zwyrodnieniowe, choroby reumatoidalne, gorączka reumatyczna, zapalenia lub inne?			
	j) choroby skóry: łuszczyca, alergia, grzybica, egzema lub inne?			
	k) choroby oczu, uszu, nosa, gardła, jamy ustnej, wady wzroku (ile dioptrii), wady słuchu lub inne?			
	l) czy chorował/a Pan/i lub wykonywał/a badania związane z wirusem HIV (AIDS), wirusowym zapaleniem wątroby, chorobami wenerycznymi?			
	ł) wypadki, urazy, zatrucia, inne choroby, zaburzenia, deformacje?			
4	Czy obecnie znajduje się Pan/i pod obserwacją lekarską lub leczy się z powodu jakiegokolwiek choroby? (jakiej? od kiedy?)			
5	Czy obecnie przyjmuje Pan/i jakiegokolwiek leki? (nazwa leku, w jakich dawkach? jak długo?)			
6	Czy kiedykolwiek zażywał/a Pan/i narkotyki lub inne środki odurzające lub przebywał/a Pan/i na leczeniu odwykowym? (jakie? kiedy? jak długo?)			
7	Czy ma Pan/i zamiar poddać się badaniom diagnostycznym, hospitalizacji lub operacji? (kiedy? z jakiego powodu?)			
8	Czy Pana/i rodzice lub rodzeństwo chorowali, chorują lub zmarli na schorzenia wymienione w punkcie 3? (prosimy podać: nazwę choroby, jak długo trwała choroba, przyczynę zgonu, w jakim wieku nastąpił zgon, kogo dotyczy/ło?)			
9	Czy uprawia Pan/i amatorsko lub wyczynowo niebezpieczny sport, np. nurkowanie, alpinizm, wspinaczkę, speleologię, skoki spadochronowe, skoki na gumowej linie, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, baloniarstwo, sporty walki, sporty motorowodne, gokarty, wyścigi samochodowe, motocyklowe lub inne? (jaki? od kiedy? jak często?)			
10	Czy kiedykolwiek zawarł/a Pan/i umowę ubezpieczenia na życie w innym Towarzystwie lub czy Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczone lub zostało Panu/i zaproponowane zawarcie umowy na zmienionych warunkach oraz czy przechodził Pan/i badania lekarskie z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia? (kiedy? z jakiego powodu? jakie badania?)			
11	Czy posiada Pan/i dodatkowe istotne informacje na temat Pana/i stanu zdrowia lub stylu życia, o które nie padło pytanie powyżej?			

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. przez właściwe organy i instytucje informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych do weryfikacji zgłoszonych roszczeń wobec Towarzystwa oraz na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłam/ęm, informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia, za mojego życia, jak i po mojej śmierci, niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji zgłaszanych roszczeń (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka i Dziecka Ubezpieczonego).

Jednocześnie upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. do zasięgnięcia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń (dotyczy Ubezpieczonego).

\_\_\_\_\_

miejsowość

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia