Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A.

*Numer wniosku/polisy:*_____

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Dane osobowe:

Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia: dzień miesiąc rok numer ewidencyjny PESEL

	PYTANIE	TAK	NIE
1.	Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:		
a)	zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, wady serca, przewlekłe choroby układu krążenia;		
b)	stany zapalne nerek, kamica nerek, torbielowatość nerek, nadnercze, przewlekłe choroby układu moczowego;		
c)	astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego;		
d)	cukrzyca, choroby tarczycy;		
e)	zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego;		
f)	nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka;		
g)	udar, porażenie, niedowłady, stwardnienie rozsiane (SM);		
h)	padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego;		
i)	wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV;		
j)	choroby układowe tkanki łącznej, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty;		
k)	osteoporoza, choroby kręgosłupa leczone operacyjnie lub wymagające leczenia operacyjnego, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów i kości;		
2.	Czy ubiegał się Pan/i lub miał/a, ma przyznaną rentę lub grupę inwalidzką lub otrzymywał/a rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?		
3.	Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie?		
4.	Czy wykonuje Pan/i którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; sportowiec zawodowy; cyrkowiec; dżokej; kaskader; ochroniarz; policjant; detektyw; strażak; wojskowy; dziennikarz - korespondent; nurek; marynarz; pilot; kominiarz; monter (z wyłączeniem montera mebli, sprzętu AGD, RTV – prace naziemne); kierowca samochodu ciężarowego o masie dopuszczalnej całkowitej powyżej 3500 kg; elektryk; górnik; hutnik; rybak; drwal; dekarz; spawacz; cieśla; murarz; tynkarz; operator ciężkiego sprzętu; pracownik budowlany (z wyłączeniem personelu nadzoru, inspektora budowlanego, glazurnika, malarza pokojowego, hydraulika); pracownik pracujący: na wysokościach powyżej 1 m od stałej powierzchni, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbeście, przy żwirze, przy paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych?		
5.	Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie? Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu:……..		
6.	Prosimy podać: Imię i nazwisko, adres, nr telefonu lekarza rodzinnego lub prowadzącego oraz nazwy i adresy placówek medycznych, z usług, których Pan/i korzysta/korzystał/a: ……... ……		

Prosimy o dołączenie kserokopii posiadanej dokumentacji medycznej (kart informacyjnych leczenia szpitalnego, wyników badań, itd.).

1. *Oświadczam, że od chwili złożenia wniosku o zwarcie umowy ubezpieczenia do chwili podpisania niniejszym kwestionariuszu medycznym nie uległem/am wypadkowi ani chorobie, nie byłem/am poddawany/a badaniom lekarskim ani leczeniu.*
2. *Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu medycznym są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadoma/y, że w przypadku zatajenia lub podania przeze mnie nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 zwane dalej TUnŻ „WARTA" S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez obowiązujące przepisy prawa.*
3. *Ponadto wyrażam zgodę, aby informacje i dane podane w niniejszym kwestionariuszu medycznym stanowiły podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie.*

_____ _____

miejscowość data *czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia*