

Numer wniosku/polisy: _____

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Dane osobowe:

Imiona:

Grid for entering first name: 18 empty cells.

Nazwisko:

Grid for entering last name: 18 empty cells.

Data urodzenia:

Grid for entering birth date: 2 cells for day, 2 cells for month, 2 cells for year, and 6 cells for PESEL number.

dzień

miesiąc

rok

numer ewidencyjny PESEL

Form with fields for height (Wzrost), weight (Waga), weight change (Zmiana wagi), alcohol consumption (Tygodniowe spożycie alkoholu), smoking (Liczba wypalanych papierosów), and doctor details (Imię i nazwisko, adres, nr telefonu lekarza). Includes a line for PESEL number.

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

Table with 4 columns: PYTANIE, TAK, NIE, and a column for notes. It contains 10 medical questions (1-10) regarding work ability, hospitalizations, and various organ systems (circulatory, nervous, respiratory, digestive, urinary, reproductive).

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| | 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, alergja, 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 trwa/ła 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? | | | |

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

- Oświadczam, że od chwili złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do chwili podpisania niniejszym kwestionariuszu medycznym nie uległem/am wypadkowi ani chorobie, nie byłem/am poddawany/a badaniom lekarskim ani leczeniu.
- 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.
- Ponadto wyrażam zgodę, aby informacje i dane podane w niniejszym kwestionariuszu medycznym stanowiły podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie.

miejscość

data

czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia