



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Informacje o Ubezpieczonym

Deklaracja Ubezpieczonego

Do wniosku/polis numer _____

Ubezpieczony

Imię _____

Nazwisko _____

Zawód, hobby

Zawód wykonywany _____

Miejsce pracy _____

Zakres obowiązków

Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczne sporty lub spędza czas wolny w sposób powszechnie uznany za niebezpieczny (np. lotnictwo, skoki spadochronowe, lotniarstwo, sporty motorowe, nurkowanie, wspinaczka, speleologia, sporty walki lub inne)?

NIE

TAK

Jakie? _____

Ankieta medyczna

1. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczone, odrzucony lub przyjęty na warunkach odmiennych od wnioskowanych? NIE TAK
2. Prosimy podać wagę _____ kg, wzrost _____ cm
Czy pali Pan/Pani papierosy lub tytoń? Jeśli tak, prosimy podać, ile sztuk dziennie: _____ szt. NIE TAK
3. Czy obecnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu trzech ostatnich lat przebywał(a) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 10 kolejno następujących po sobie dni, z wyłączeniem zwolnień lekarskich z powodu grypy lub przeziębienia, lub czy orzeczono u Pana/Pani częściową lub całkowitą niezdolność do pracy z tytułu choroby lub wypadku lub stwierdzono u Pana/Pani ograniczoną zdolność do pracy (niepełnosprawność)? NIE TAK
4. Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan/Pani z porady lekarskiej lub leczył(a) się na poniższe schorzenia:
 - a) zawał serca, choroby układu krążenia, chorobę wieńcową, podwyższone ciśnienie krwi, jakiegokolwiek inne choroby serca, udar mózgu, cukrzycę, choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową lub z dusznością NIE TAK
 - b) nowotwór, czerniak, guz, torbiel, polipy, cysty, zmiany skórne, które pojawiły się lub zmieniły się w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub charakteryzowały się krwawieniem NIE TAK
 - c) choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby (WZW typu B lub typu C), HIV, choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej NIE TAK
 - d) choroby nerek, choroby układu moczowo-płciowego NIE TAK
 - e) choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków NIE TAK
 - f) choroby i urazy stawów, rwę kulszową, dyskopatię kręgosłupa NIE TAK
 - g) wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jedno- lub obustronna ślepotę, jaskrę, zaćmę lub wady słuchu NIE TAK
5. Czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub operację, lub na wyniki wykonywanych badań, lub jest Pan/Pani w trakcie leczenia? NIE TAK
6. Czy w Pana/Pani rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) zostały zdiagnozowane przed 60. rokiem życia takie choroby jak: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, wady wrodzone lub choroby dziedziczne? NIE TAK
7. Adres przychodni, w której obecnie zarejestrowany jest Ubezpieczony, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku. _____

Data

Podpis Ubezpieczonego