UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Spółka Akcyjna
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel.(0-42) 63 44 700, fax (0-42) 636 50 23
Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000005751

Ankieta Medyczna

CHOROBA HODGKINA ZIARNICA ZŁOŚLIWA	……. nazwisko, imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ PESEL	
Kiedy zaobserwował Pan/i pierwsze objawy choroby Hodgkina (ziarnicy złośliwej) - jakie?	……. proszę wymienić – jakie , kiedy ……. …….	
Kto jest Pana/Pani **lekarzem prowadzącym** ?	……. nazwisko, imię / nazwa poradni ……. Ulica, nr domu, nr mieszkania ……-…… Kod pocztowy ……. miejscowość	
Jakie była dokładna klasyfikacja histologiczna i kliniczny stopień zaawansowania choroby? Należy załączyć kartę leczenia szpitalnego lub dokumentacje medyczną zawierającą powyższe dane.	……. ……. …….	
Kiedy i jaki rodzaj terapii zastosowano u Pana/i? Czy otrzymuje Pan/i terapię podtrzymującą?	……. ……. …….	
Czy terapia przyniosła poprawę zdrowia?	Nie Tak	…….
Czy wystąpił nawrót choroby lub objawy uboczne?	Nie Tak	……. …….
Kiedy ostatni raz leczony/a był/a Pan/i w szpitalu?	……. od kiedy do kiedy? ……. w? ……. z jakiego powodu- rozpoznanie	
Czy może Pan/Pani przekazać **wyniki badań kontrolnych przeprowadzonych przez onkologa/ hematologa**?	……. ……. Jakie wyniki? **– proszę załączyć kopie**	
Czy pił lub pije Pan/Pani **napoje alkoholowe?**	Nie Tak	……. Jakie? ……. Dzienna ilość?
Czy **pali** Pan/Pani **papierosy**?	Nie Tak	……. szt. Dzienna ilość?
Jaki jest Pana/Pani **wzrost i masa ciała**?	wzrost: ……cm	masa ciała ……kg
Czy obecnie Pan/i pracuje?	Nie Tak	……. Gdzie?.. ……. Na stanowisku?
Czy istnieje lub istniało jakieś **ograniczenie lub utrudnienie w zdolności do wykonywania pracy przez Pana/Panią?**	Nie Tak	……. Stopień inwalidztwa ……. Wymiar ……. z jakiego powodu?

Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych
Oświadczam, że udzieliłam(łem) odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie medycznej w sposób wyczerpujący zgodnie z prawdą i moją wiedzą. Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

miejscowość, dnia

Własnoręczny podpis osoby ubezpieczonej