



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
 Spółka Akcyjna
 90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
 tel. (0-42) 63 44 700, fax (0-42) 636 50 03
 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
 KRS 0000005751

Ankieta
 Medyczna

SCHORZENIA UKŁADU NERWOWEGO LUB ZABURZENIA PSYCHICZNE	<p>.....</p> <p>PESEL</p>	
<p>Jakie schorzenia układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, guz mózgu) lub choroby psychiczne (np. depresje endogenne lub egzogenne, schizofrenia, itp.) stwierdził u Pana/Pani lekarz?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Jakie?</p> <p>Kiedy po raz pierwszy? Kiedy po raz ostatni?</p>	
<p>Kto jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym (lekarzem rodzinnym)?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ulica, nr domu, nr mieszkania</p> <p>Kod pocztowy miejscowość</p>	
<p>Czy jest Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty w tym zakresie?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ulica, nr domu, nr mieszkania</p> <p>Kod pocztowy miejscowość</p>	
<p>Czy schorzenie to sprawia Pana/Pani dolegliwości (np. zaburzenia świadomości, porażenia, depresje, skurcze, drgawki, zawroty głowy, trudności ze snem itd.)?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>Jakie?</p> <p>Jak często w roku?</p>
<p>Czy jest lub był Pan/Pani uzależniony od narkotyków? Alkoholu?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>Od jakich?</p>
<p>Czy inne narządy jak np. serce, wątroba, nerki, itp. uciarıły w związku z w.w. schorzeniem/ami?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>Jakim?</p> <p>Jakie?</p>
<p>Czy był Pan/Pani pod opieką lekarską?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>od kiedy do kiedy?</p> <p>w/pod opieką?</p>
<p>Czy był/a lub jest Pan/Pani leczony/a w poradni lub szpitalu?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>od kiedy do kiedy?</p> <p>w/pod opieką?</p>
<p>Czy schorzenie zostało w pełni wyleczone?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>Jakie?</p>
<p>Czy u Pan/Pani wystąpił nawrót dolegliwości?</p>	<p>Nie Tak*</p>	<p>.....</p> <p>Jakie?</p>

* odpowiednie zakreśl

Czy przeprowadzono szczególne badania jak np. EEG (elektroencefalogram), tomografię komputerową, badania naczyń, itp.?	Nie Tak* Jakie? Kiedy? Wyniki? Gdzie?
Czy przyjmował/a lub przyjmuje Pan/Pani lekarstwa ?	Nie Tak* Jak często? Jakie? Z jakiego powodu?
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 ciałakg	
Czy pobierał lub pobiera Pan/Pani rentę ?	Nie Tak* od kiedy do kiedy? Z jakiej przyczyny?
Czy istnieje lub istniało jakieś ograniczenie lub utrudnienie w zdolności do wykonywania pracy przez Pana/Panią ?	Nie Tak* Stopień inwalidztwa Wymiar z jakiego powodu?
Czy kiedykolwiek był Pan/Pani niezdolny do wykonywania pracy lub zawodu dłużej niż 4 tygodnie?	Nie Tak* od kiedy do kiedy? Z jakiego powodu?

Prosimy o dołączenie kopii kart wypisu ze szpitala, sanatorium, ewentualnie ostatnich wyników badań, będących w posiadaniu Ubezpieczonego.

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 przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

miejsce, data

Własnoręczny podpis osoby ubezpieczonej

* odpowiednie zakreśl