



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

CHOROBY KOBIECE		PESEL
..... nazwisko, imię		.....
<b>Jakie schorzenia ginekologiczne</b> stwierdził u Pani lekarz (np. macicy, jajników, piersi, itp.)?	..... ..... ..... ..... Jakie? ..... Kiedy po raz pierwszy?	
Kto jest Pana/Pani <b>lekarzem prowadzącym</b> (lekarzem rodzinnym)?	..... nazwisko, imię / nazwa poradni/ ..... Ulica, nr domu, nr mieszkania ..... Kod pocztowy miejscowość	
Czy jest Pan/Pani pod opieką <b>lekarza ginekologa</b> ?	..... nazwisko, imię ..... Ulica, nr domu, nr mieszkania ..... Kod pocztowy miejscowość	
Czy był Pani <b>pod opieką lekarską</b> z powodu tego schorzenia?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? ..... pod opieką?
Czy był Pani leczona w <b>szpitalu</b> ?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? ..... w? Z jakiego powodu?
Czy <b>zalecono</b> Pani <b>operację</b> ?	Nie Tak*	..... Jaką? Z jakiego powodu?
Czy była Pani <b>kiedykolwiek operowana</b> ?	Nie Tak*	..... Z jakiego powodu?
Czy w czasie operacji zostały u Pani <b>usunięte narządy kobiece</b> ?	Nie Tak*	..... Kiedy? ..... Jakie? ..... Gdzie?
Czy przeprowadzono naświetlania rentgenowskie, leczeni radem, kobaltem, czy też <b>inne leczenie</b> (np. chemioterapią)?	Nie Tak*	..... Kiedy? ..... Jakie i z jakiego powodu? ..... Gdzie?
Czy ma Pani <b>inne wyniki badań</b> ? (laboratoryjne, EKG, itp.)	Nie Tak*	..... Jakie? ..... Wyniki badania?
Czy przyjmowała lub przyjmuje Pani <b>lekarstwa</b> ?	Nie Tak*	..... Jakie? ..... od kiedy do kiedy? Z jakiego powodu?

\* odpowiednie zakreśl

Czy <b>leczenie</b> schorzeń występujących u Pani <b>już się zakończyło</b> ?	Nie Tak*	..... ..... Od kiedy? Jakich?
Czy ma Pani jeszcze jakieś inne <b>dolegliwości</b> ?	Nie Tak*	..... Jakie?
Czy <b>ma Pani regularne miesiączki</b> ?	Nie Tak*	..... Od kiedy już nie miesiączkuje?
Czy przeprowadza Pani <b>kontrolne badania ginekologiczne</b> ?	Nie Tak*	..... U kogo? Jak często?
Jaki jest Pani <b>wzrost i masa ciała</b> ?	wzrost: .....cm      masa ciała .....kg	
Czy istnieje lub istniało jakieś <b>ograniczenie lub utrudnienie w zdolności do wykonywania pracy przez Panią</b> ?	Nie Tak*	..... Stopień inwalidztwa ..... Wymiar ..... z jakiego powodu?
Czy kiedykolwiek była Pani <b>niezdolna do wykonywania pracy lub zawodu</b> 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.

\_\_\_\_\_  
miejsowość, dnia

\_\_\_\_\_  
Własnoręczny podpis osoby ubezpieczonej

\* odpowiednie zakreśl