



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-Sródmieścia w Łodzi
 KRS 0000005751

Ankieta
 Medyczna

| | | |
|---|---|--|
| Epilepsja | Ubezpieczony: | |
| | nazwisko, imię | PESEL |
| Czy kiedykolwiek miał lub ciągle ma Pan/Pani napady padaczkowe? | Jakie? Kiedy po raz pierwszy? Kiedy po raz ostatni? | |
| Czy zna Pan/Pani dokładną diagnozę w zakresie choroby? | Proszę podać szczegóły | |
| Czy jest Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty w tym zakresie? | nazwisko, imię Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość | |
| Jak często ma Pan/Pani napady padaczkowe i jak długo trwają? | Jakie? Jak często? | |
| Czy napady powodowane są jakimiś szczególnymi okolicznościami? Czy mają miejsce w szczególnej porze dnia? | Jakimi? Jakiej? | |
| Kiedy miał miejsce ostatni napad? | Kiedy? | |
| Czy był Pan/Pani pod opieką lekarską? | Nie Tak* | od kiedy do kiedy? w/pod opieką? |
| Czy był/a lub jest Pan/Pani leczony/a w poradni lub szpitalu? | Nie Tak* | od kiedy do kiedy? w/pod opieką? |
| 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? |

* odpowiednie zakreśl

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

miejscość, dnia

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl