



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

KONTROLA CIŚNIENIA KRWI	Ubezpieczony:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	..... nazwisko, imię	PESEL	
Proszę podać wysokość tętniczego ciśnienia krwi w mmHg zmierzonego w pozycji siedzącej	W spoczynku	Kończyna górna Prawa Lewa	
	Skurczowe .....	.....
	Rozkurczowe .....	.....
	Po obciążeniu	Kończyna górna Prawa Lewa	
	Skurczowe .....	.....
	Rozkurczowe .....	.....
Czy znane Panu / Pani są wcześniejsze wyniki pomiaru tętniczego ciśnienia krwi?	..... Data	..... Data	..... Data
	Wartości:	..... skur./rozkur.	..... skur./rozkur.
	..... skur./rozkur.	..... skur./rozkur.	..... skur./rozkur.
Czy u Pana/Pani prowadzono leczenie farmakologiczne?	..... Preparat	..... z powodu?	..... od/ do
	..... Preparat	..... z powodu?	..... od/ do
	..... Preparat	..... z powodu?	..... od/ do
Czy u Pana/Pani występują inne schorzenia (w szczególności schorzenia serca czy nerek) ew. czynniki ryzyka (np. podwyższony poziom cholesterolu, nikotynizm, alkoholizm/picie ryzykowne)?	..... Jakie?		
Proszę podać wzrost i masę ciała?	wzrost:	cm	masa ciała
Czy może Pan/Pani podać informacje o wynikach badań dodatkowych , w szczególności EKG, badań laboratoryjnych, itp.?	..... Jakie? Data? Wyniki? Proszę o załączenie kopii wyników, jeśli klient takie posiada		
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?	
		

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

.....
podpis Ubezpieczonego