



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

SCHORZENIA WĄTROBY																						
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
	PESEL																					
Jakie schorzenia wątroby stwierdził lekarz u Pana/Pani, jak np. stłuszczenie wątroby, zapalenie wątroby (hepatitis), marskość wątroby (cirrhosis) itp.?	<p>..... nazwisko, imię</p> <p>..... Jakie?</p> <p>..... Kiedy po raz pierwszy ?</p>																					
Kto jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym (lekarzem rodzinnym)?	<p>..... nazwisko, imię / nazwa poradni/</p> <p>..... Ulica, nr domu, nr mieszkania</p> <p>..... Kod pocztowy</p> <p style="text-align: right;">..... miejscowość</p>																					
Czy jest Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty w tym zakresie?	<p>..... nazwisko, imię / nazwa poradni/</p> <p>..... Ulica, nr domu, nr mieszkania</p> <p>..... Kod pocztowy</p> <p style="text-align: right;">..... miejscowość</p>																					
Czy był Pan/Pani leczony w szpitalu?	Nie Tak*	<p>..... Od kiedy- do kiedy?</p> <p>..... Gdzie? z jakiego powodu- rozpoznanie</p>																				
Czy był Pan/Pani w sanatorium albo w centrum rehabilitacyjnym?	Nie Tak*	<p>..... Od kiedy- do kiedy?</p> <p>..... Gdzie? z jakiego powodu- rozpoznanie</p>																				
Czy wystąpiły jakieś objawy schorzenia wątroby, np. powiększenie wątroby, żółtaczka – jakiego typu?	Nie Tak*	<p>..... Jakie? Kiedy?</p>																				
Czy ma Pan/Pani dolegliwości związane z w.w. schorzeniem/ami?	Nie Tak*	<p>..... Jakiej?</p>																				
Czy musi Pan/Pani być na diecie?	Nie Tak*	<p>..... Jakiej?</p>																				
Czy może Pan/Pani nam przekazać wyniki badań , np. laboratoryjnych w szczególności wartości dot. funkcji wątroby lub USG, punkcja wątroby, itp.?	Nie Tak*	<p>..... Data badania?</p> <p>..... wyniki badania?</p>																				
Czy przyjmuje Pan/Pani lekarstwa związane ze schorzeniem wątroby?	Nie Tak*	<p>Tylko w czasie napadu</p> <p>..... Nazwa ile</p> <p>..... Nazwa ile</p> <p>..... Nazwa ile</p> <p>Regularnie</p> <p>..... Nazwa</p>																				
Czy były przeprowadzane inne badania , jak np. EKG, rentgen, itp.?	Nie Tak*	<p>..... Kiedy?</p> <p>..... wyniki badania?</p>																				

* odpowiednie zakreśl

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 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, dnia

Własnoręczny podpis osoby ubezpieczonej

* odpowiednie zakreśl