



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

SCHORZENIA DRÓG MOCZOWYCH		PESEL	
Czy lekarz stwierdził u Pana/Pani schorzenia układu moczowego , takie jak np. kłębkowe zapalenie nerek (nephritis), odmiedniczkowe zapalenie nerek (pyelonephritis), kamicę nerkową, guz na nerce (łagodny lub złośliwy), nerkę torbielowatą, niewydolność nerek lub pęcherza moczowego oraz prostaty, jąder, itp.?		..... nazwisko, imię	
Czy w wyniku badań rentgena czy USG wykryto kamienie na nerkach czy inne zmiany?		..... Kiedy po raz pierwszy?	
Czy przeprowadzono u Pana/Pani inne badania?		..... Jakie? Kiedy? Wyniki? Gdzie?	
Czy występowały u Pana/Pani kolki nerkowe?		..... Kiedy? Jak często?	
Czy z powodu tych schorzeń był Pan/Pani leczony?		..... Od kiedy do kiedy? W \ pod opieką? z jakiego powodu- rozpoznanie	
Leczenie szpitalne? (z powodu układu moczowego)		..... Od kiedy do kiedy? w?	
Czy w związku ze schorzeniem zalecono Panu/Pani operację lub inne leczenie?		..... Jaką?	
Czy usunięto Panu/Pani nerkę?		.....
Czy przeprowadzono u Pana/Pani dalsze leczenie pooperacyjne?		..... Jakie?	
Czy przeprowadzono u Pana/Pani badania laboratoryjne , w szczególności badania moczu na obecność białka lub cukru, test wydolności nerek, itp.?		..... Jakie? Kiedy? Wyniki? Gdzie?	
Czy może Pan/Pani przekazać nam informację o wynikach pomiaru tętniczego ciśnienia krwi?		..... skurczowe / rozkurczowe Data skurczowe / rozkurczowe Data	

* odpowiednie zakreśl

Czy wystąpiły albo występują u Pana/Pani obecnie schorzenia serca lub naczyń krwionośnych (np. obrzęk)?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? Jakie?
Czy przyjmował/a lub przyjmuje Pan/Pani lekarstwa ?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? Jakie? z jakiego powodu- rozpoznanie
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 ciała .....kg	
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.

miejsowość, dnia

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl