



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 DRÓG ODDECHOWYCH		PESEL
..... nazwisko, imię		
Czy zostały u Pana/Pani stwierdzone przez lekarza schorzenia układu oddechowego takie jak np.: astma, zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna choroba płuc, guzy, gruźlica itp.?	..... proszę wymienić, od kiedy	
Kto jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym (lekarzem rodzinnym)?	..... nazwisko, imię / nazwa poradni/ Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość	
Czy jest Pan/Pani pod opieką specjalisty chorób płuc?	..... nazwisko, imię Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość	
Jak często występowało schorzenie?	<input type="checkbox"/> Jednorazowo Kiedy? Które? <input type="checkbox"/> Wielokrotnie - Kiedy po raz ostatni? Które? Jak często? <input type="checkbox"/> Przewlekłe -Od kiedy? Które?	
Czy powyższe schorzenie występuje napadowo?	Nie Tak*	..... Kiedy był ostatni napad? Czas trwania napadów? Ilość napadów na rok?
Czy był Pan/Pani leczony w szpitalu?	Nie Tak*	..... Od kiedy- do kiedy? Gdzie? z jakiego powodu- rozpoznanie
Czy był Pan/Pani w sanatorium albo w centrum rehabilitacyjnym?	Nie Tak*	..... O kiedy - do kiedy? Gdzie? z jakiego powodu?
Czy musiał Pan/Pani poddać się operacji w związku ze schorzeniem układu oddechowego?	Nie Tak*	..... kiedy? Jakiej Gdzie?
Czy konieczne było dalsze leczenie pooperacyjne?	Nie Tak*	..... Jakiej?
Czy cierpi Pan/Pani na duszność (uczucie braku powietrza, trudności z oddychaniem)?	Nie Tak*	<input type="checkbox"/> W spoczynku? <input type="checkbox"/> Tylko przy wysiłku?

* odpowiednie zakreśl

Czy cierpi Pan/Pani obok schorzeń układu oddechowego również na schorzenia serca lub inne schorzenia?	Nie Tak*	..... ..... Jakie?
Czy przyjmuje Pan/Pani lekarstwa z powodu chorób układu oddechowego?	Nie Tak*	<input type="checkbox"/> Tylko w czasie napadu..... Nazwa <input type="checkbox"/> Regularnie Nazwa
Czy może Pan/Pani przekazać wyniki badań układu oddechowego (np. rentgen, badania laboratoryjne, EKG, testy funkcji płuc, itp.)?	Nie Tak*	..... ..... Jakie wyniki?
Czy pił lub pije Pan/Pani napoje alkoholowe?	Nie Tak*	..... Jakie? Dzienna ilość?
Czy pali Pan/Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?	Nie Tak*	..... szt. Dzienna ilość? Jakie?
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?

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.

_____ miejscowość, dnia

_____ Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl