



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 UKŁADU POKARMOWEGO		PESEL
..... nazwisko, imię		
Czy lekarz stwierdził u Pana/Pani schorzenia układu pokarmowego , takie jak np. przewlekły lub ostry nieżyt żołądka, wrzody żołądka (ulcus ventriculi), wrzód dwunastnicy (ulcus duodeni), choroba Crohna, chroniczne zapalenie jelita grubego, guzy, itp.?	..... Jakie? Kiedy? Pierwsze objawy?	
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 lekarza specjalisty w tym zakresie?	..... nazwisko, imię Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość	
Czy był Pan/Pani leczony w szpitalu?	Nie Tak*	..... Od kiedy - do kiedy? Gdzie ? z jakiego powodu- rozpoznanie
Czy przeprowadzono szczegółowe badania , jak np. rentgen żołądka lub jelita, gastroscopia, kolonoskopia, itp.?	Nie Tak*	..... Jakie? Kiedy? Wyniki? Gdzie?
Czy ma Pan/Pani inne wyniki badań (laboratoryjne, EKG, itp.)?	Nie Tak*	..... Jakie? Wyniki badania?
Jakie leczenie przeprowadzono (np. lekarstwa, dieta, itp.)?	..... wykazać dokładnie – wymienić leki i ich dawkowanie	
Czy zalecono Panu/Pani operacje?	Nie Tak*	..... z jakiego powodu?
Czy był Pan/Pani już operowany/a?	Nie Tak*	..... Kiedy? Czas pobytu po operacji w szpitalu? Gdzie? Z jakiego powodu- rozpoznanie
Czy było konieczne dalsze leczenie z powodu chorób układu pokarmowego (dieta, lekarstwa, radioterapia, chemioterapia, itp.)?	Nie Tak*	..... Jak długo? Jakie?
Czy jest Pan/Pani zupełnie wyleczony/a z chorób układu pokarmowego?	Nie Tak*	.....

* odpowiednie zakreśl

Czy wystąpiły nawroty ?	Nie Tak*	..... Kiedy? Czego? Jakie występują dolegliwości?
Czy Pan/Pani stosuje dietę ?	Nie Tak*	.....
Czy brał lub bierze Pan/Pani lekarstwa ?	Nie Tak*	..... Jakie? Gdzie? Z jakiego powodu
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 w ostatnim czasie Pan/Pani przytył/a lub zeszczupiał/a ?	Nie Tak*	wzrost wagi: .....kg spadek wagi: .....kg Kiedy?
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(tem) 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.

miejsce, dnia

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl