



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

OBRAŻENIA W NASTĘPSTWIE URAZU		<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
Jak lekarz określił obrażenia których doznał/a Pan/Pani w następstwie urazu?	Proszę opisać:	
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?	..... nazwisko, imię Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość	
Jakie części lub organy ciała zostały naruszone?	..... .....
Kiedy doszło do urazu?	.....
W jaki sposób doszło do urazu?	..... .....
Czy z powodu obrażeń był/a Pan/Pani leczony/a w szpitalu?	Nie Tak*	..... Od kiedy - do kiedy? Gdzie? rozpoznanie
Czy był Pan/Pani w sanatorium albo w centrum rehabilitacyjnym?	Nie Tak*	..... Od kiedy - do kiedy? Gdzie? rozpoznanie
Czy prowadzono dalsze leczenie?	Nie Tak*	..... Kiedy? Jakie?
Czy u Pan/Pani występują jeszcze jakieś następstwa urazu?	Nie Tak*	..... ..... Jakie?
Czy po urazie występuje trwała niezdolność do wykonywania pracy?	Nie Tak*	.....
Czy lekarz orzecznik ZUS (KRUS) orzekł trwałą (długotrwałą) uszczerbek na zdrowiu?	Nie Tak*	..... W ilu procentach?
Czy złożył Pan/Pani wniosek o rentę w ZUS (KRUS)?	Nie Tak*	.....

* odpowiednie zakreśl

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 przyjmuje do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

miejsceowość, dnia

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl