

## Oświadczenie medyczne

1. Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi przekraczające wartości 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, mukowiscydozę, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (WZW typu B, typu C, HIV/ AIDS), guza lub nowotwór (złośliwy, niezłośliwy, in-situ)?
2. Czy choruje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?
3. Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu lub planuje hospitalizację lub leczenie operacyjne?
4. Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć lub zwolnień w celu sprawowania opieki nad osobą trzecią)?
5. Czy ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?

**W przypadku odpowiedzi TAK na którekolwiek z pytań, brak możliwości zawarcia ubezpieczenia Plan Pakietowej Ochrony.**