Nr wniosku

* 7 5 5 9 0 1 0 1 *

Pieczęć jednostki PZU Życie SA

Data wpływu ankiety do Centrum Obsługi Ubezpieczeń w Warszawie

Kod załącznika

M P A 1 0 5

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie

ANKIETA MEDYCZNA DO WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko

Pierwsze imię

Drugie imię

Data urodzenia D D – M M – R R R R

II. DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając w rubrykę znak X w odpowiednie pole: ☐ TAK lub ☐ NIE, w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK proszę podać dodatkowe informacje.

1. Czy kiedykolwiek Pana / Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został w jakimkolwiek Towarzystwie Ubezpieczeniowym odrzucony lub składka ubezpieczeniowa została podwyższona z jakiegoś powodu? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (kiedy, powód nie przyjęcia wniosku, powód podwyższenia składki ubezpieczeniowej)

2. Czy jest Pan praworęczny / Pani praworęczna? ☐ TAK ☐ NIE

3. Czy z jakiegokolwiek powodu przyznano Panu / Pani rentę / orzeczono niezdolność do pracy lub niepełnosprawność? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły:

- ☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, niepełnosprawność znacznego stopnia
- ☐ całkowita niezdolność do pracy, niepełnosprawność stopnia umiarkowanego
- ☐ częściowa niezdolność do pracy, niepełnosprawność stopnia lekkiego

Z jakiego powodu:

- ☐ wypadku
- ☐ chorób układu ruchu
- ☐ chorób nowotworowych
- ☐ chorób układu sercowo–naczyniowego
- ☐ chorób układu oddechowego
- ☐ chorób układu nerwowego i zmysłów
- ☐ inne

4. Czy występują u Pana / Pani nieprawidłowości zdrowotne, będące wynikiem przebytego urazu lub wypadku? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły:

Nr wniosku

* 7 5 5 9 0 1 0 2 *

5. Czy planuje Pan / Pani poddać się jakiemukolwiek zabiegowi chirurgicznemu lub w ciągu ostatnich 5 lat był Pan hospitalizowany / była Pani hospitalizowana z powodu zabiegu chirurgicznego? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły:

6. Czy kiedykolwiek zostało Panu / Pani odebrane lub czasowo zatrzymane prawo jazdy? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (przyczyna, kiedy)

☐ jazda pod wpływem alkoholu ☐☐☐☐ rok ☐ jazda pod wpływem środków odurzających ☐☐☐☐ rok

☐ przekroczenie limitu punktów karnych ☐☐☐☐ rok

☐ inne ☐☐☐☐ rok

7. Czy planuje Pan / Pani w ciągu najbliższych 12 miesięcy pobyt za granicą, dłuższy niż 30 dni? ☐ TAK ☐ NIE

Proszę podać nazwę kraju podróży:

Szczegóły: (data wyjazdu, okres pobytu)

III. DANE MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO

Ciśnienie tętnicze krwi ☐☐☐ / ☐☐☐ mm Hg Wzrost ☐☐☐ cm Waga ☐☐☐ kg

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając w rubrykę znak X w odpowiednie pole: ☐ TAK lub ☐ NIE, w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK proszę podać dodatkowe informacje.

1. Czy Pana / Pani waga ciała zmieniła się w ciągu ostatnich 12 miesięcy więcej niż o 5 kg? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły:

Zwiększyła się o ☐☐ kg

Zmniejszyła się o ☐☐ kg

2. Czy aktualnie pali Pan / Pani tytoń? ☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj tytoniu: ☐ papierosy ☐ cygara ☐ fajka

Razem ilość na dobę ☐☐ szt.

3. Czy kiedykolwiek palił Pan / paliła Pani tytoń? ☐ TAK ☐ NIE

Rok zaprzestania palenia tytoniu ☐☐☐☐

4. Czy pije Pan / Pani alkohol? ☐ TAK ☐ NIE

Średnia ilość wypijanego alkoholu / tydzień:

Alkoholi wysokoprocentowych ☐☐☐☐ ml, piwa ☐☐☐☐ ml, wina ☐☐☐☐ ml

5. Czy kiedykolwiek, ze względów medycznych zalecono Panu / Pani zaprzestanie / ograniczenie / unikanie spożywania alkoholu? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegółowy powód:

Nr wniosku

* 7 5 5 9 0 1 0 3 *

6. Czy przyjmuje / przyjmował Pan / przyjmuje / przyjmowała Pani narkotyki lub środki odurzające? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (rodzaj, ilość)

7. Czy jakakolwiek z wymienionych niżej chorób została rozpoznana lub leczy / leczył się na nią co najmniej jeden członek Pana / Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo) przed ukończeniem 60 roku życia? ☐ TAK ☐ NIE

☐ choroba wieńcowa bez / z zawałem mięśnia sercowego ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ udar mózgu ☐ cukrzyca ☐ choroba nowotworowa

Szczegóły: (nazwa choroby, u kogo z rodziny została rozpoznana choroba)

7a. Czy jakakolwiek z chorób zaznaczonych w pytaniu nr 7 została rozpoznana lub leczy / leczyło się na nią dwóch lub więcej członków Pana / Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo)? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (nazwa choroby, u kogo z rodziny i w jakim wieku została rozpoznana choroba, ewentualnie w jakim wieku nastąpił zgon)

8. Czy przyjmuje Pan / Pani jakiekolwiek leki? ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wpisać nazwy przyjmowanych leków

1.

2.

3.

4.

5.

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy występowały u Pana / Pani wymienione dolegliwości lub objawy? Proszę zaznaczyć wszystkie występujące.

a) piekący lub rozpierający ból w klatce piersiowej, pojawiający się w trakcie wysiłku lub tuż po jego przerwaniu ☐ TAK ☐ NIE

b) uczucie duszności w spoczynku ☐ TAK ☐ NIE

c) krwioplucie ☐ TAK ☐ NIE

d) niewyjaśnione okresy biegunek i / lub zaparć i / lub niewyjaśnione bóle brzucha ☐ TAK ☐ NIE

e) wyczuwalne zmiany / powiększenie węzłów chłonnych ☐ TAK ☐ NIE

f) trudności w połykaniu (z wyjątkiem anginy) ☐ TAK ☐ NIE

g) chrypka trwająca > 3 miesiące ☐ TAK ☐ NIE

h) niewyjaśniona zmiana / guzek w sutku ☐ TAK ☐ NIE

Nr wniosku

* 7 5 5 9 0 1 0 4 *

10. Czy kiedykolwiek były diagnozowane / zostały rozpoznane i leczy lub leczył się Pan / leczy lub leczyła się Pani z powodu wymienionych niżej chorób? ☐ TAK ☐ NIE

- ☐ choroba wieńcowa bez / z zawałem mięśnia sercowego
- ☐ nadciśnienie tętnicze
- ☐ cukrzyca
- ☐ wada serca
- ☐ niewydolność serca (krążenia)
- ☐ udar mózgu
- ☐ nowotwór złośliwy
- ☐ przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
- ☐ astma
- ☐ wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna)
- ☐ marskość wątroby
- ☐ przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek
- ☐ nosicielstwo wirusa HIV, pełnoobjawowy AIDS
- ☐ inne (proszę podać jakie)

Jeśli na pytanie nr 10 udzielono odpowiedzi twierdzącej, proszę o podanie szczegółów.

Nieprawidłowości zdrowotne	Data pierwszych objawów / data rozpoznania choroby	Dane odnośnie przebiegu choroby, sposobów leczenia, rodzaju przyjmowanych leków, zalecenia dotyczące dalszego leczenia

11. Czy przebywał Pan / przebywała Pani w szpitalu w ciągu ostatnich 10 lat z wyjątkiem porodu? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (rok pobytu, powód hospitalizacji, miejsce hospitalizacji, sposób leczenia np. operacja)

12. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywał Pan / przebywała Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni, z wyjątkiem leczenia następstw urazu i / lub opieki nad dzieckiem? ☐ TAK ☐ NIE

Szczegóły: (przyczyna, kiedy, jak długo)

Nr wniosku

* 7 5 5 9 0 1 0 5 *

Proszę podać imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego) oraz adres gabinetu. Proszę podać szczegóły dotyczące innych lekarzy leczących (lekarze ogólni, specjaliści) w ciągu ostatnich 10 lat – powód leczenia, okresy leczenia.

Uwagi, dodatkowe informacje

IV. ZAŁĄCZNIKI

Dokumentacja medyczna (zaznaczyć, jeśli załączono badania lekarskie lub inną dokumentację medyczną) ☐ TAK ☐ NIE

Ankieta medyczna jest ważna przez 90 dni od daty podpisania przez ubezpieczonego, jednak nie dłużej niż wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Jestem poinformowany / poinformowana, że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego PZU Życie SA ma prawo zaproponować inne warunki ubezpieczenia.

D D – M M – R R R R

Data

Podpis ubezpieczonego

Wszystkie informacje uzyskane w związku z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego objęte są tajemnicą ubezpieczeniową.

NEPU

D D – M M – R R R R

Data

Podpis pośrednika ubezpieczeniowego / pracownika PZU Życie SA

V. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Sprawdzono pod względem formalnym

D D – M M – R R R R

Data

Pieczęć imienna i podpis pracownika PZU Życie SA