



GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE – ANKIETA MEDYCZNA UBEZPIECZONEGO

Polisa nr

Umowa generalna nr

W tym dokumencie używamy określeń w takich samych znaczeniach, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Informacje o pośredniku (uzupełnia pośrednik)

Imię _____ Nazwisko _____ Nr NEPU _____

Informacje o ubezpieczonym

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL Numer telefonu _____ Wzrost _____ Waga _____

Adres zamieszkania _____

Niniejsza ankieta stanowi część procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego prowadzonej przez PZU Życie SA w celu podjęcia decyzji odnośnie do objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia na życie (kod owu TWGP55) na sumę ubezpieczenia przekraczającą Automatyczny Limit Akceptacji "ALA" (ALA wynosi 1 500 000 zł).

PZU Życie SA poinformuje ubezpieczającego o swojej decyzji po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczający zobowiązany jest zgodnie z umową ubezpieczenia, przekazać informację o podjętej przez PZU Życie decyzji, ubezpieczonemu.

PYTANIE	ODPOWIEDŹ	INFORMACJE DODATKOWE
1. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani/Pana którąkolwiek z wymienionych chorób albo czy jest Pani/Pan w trakcie obserwacji lub diagnostyki którejkolwiek z nich: a) nowotwór złośliwy (w tym chłoniak, białaczka, ziarnica złośliwa, czerniak, mięsak, szpiczak), b) tętniak aorty, tętniak tętnicy mózgowej, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), wada serca, c) udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), choroby rdzenia kręgowego, choroba Huntingtona, choroba neuronu ruchowego, padaczka, stwardnienie rozsiane, rdzeniowy zanik mięśni, d) niewydolność nerek, e) wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, alkoholowa choroba wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), f) astma, g) schizofrenia, anoreksja, depresja leczona szpitalnie, h) choroba alkoholowa, i) toczeń rumieniowaty układowy (SLE), twardzina układowa (SSC) lub inne choroby tkanki łącznej, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), łuszczyca, j) uraz czaszkowo-mózgowy leczony szpitalnie co najmniej 7 dni, uraz rdzenia kręgowego, k) borelioza, sepsa, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zakażenie wirusem HIV, l) inne niż wymienione w pkt. k) choroby zakaźne, jeśli aktualnie wymagają leczenia szpitalnego, pobytu w izolatorium lub odbywania kwarantanny?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK proszę podać nazwę choroby, datę rozpoznania choroby/datę rozpoczęcia diagnostyki oraz sposób leczenia
2. Czy w ostatnich 12 miesiącach wystąpiła u Pani/Pana zmiana wagi ciała ponad 5 kg? Nie dotyczy zmiany wagi ciała związanej z ciążą i porodem.	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać, czy była to utrata czy przyrost wagi oraz przyczynę ☐ utrata wagi ☐ przyrost wagi

PYTANIE	ODPOWIEDŹ	INFORMACJE DODATKOWE
3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat była Pani/był Pan pacjentem w szpitalu w celu diagnostyki i/lub leczenia (w tym leczenia chirurgicznego) lub zalecono Pani/Panu leczenie szpitalne, diagnostykę lub konsultację specjalistyczną, której do tej pory nie przeprowadzono? Nie dotyczy: porodu, operacji skrzywionej przegrody nosa, żyłaków kończyn dolnych, przepuklin jamy brzusznej.	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać rok pobytu w szpitalu, powód pobytu oraz załączyć dok. med. z pobytu w szpitalu (karta leczenia szpitalnego)
4. Czy przyjmuje Pani/Pan jakiegokolwiek leki?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać nazwy leków, okres i powód ich przyjmowania oraz stosowane dawki
5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy paliła Pani/palił Pan papierosy, wkłady tytoniowe, cygara, fajkę lub inne produkty tytoniowe?	☐ TAK ☐ NIE	Średnio dziennie: papierosy/ wkłady tytoniowe _____ szt. cygara _____ szt. fajka _____ szt. inne-rodzaj i średnia ilość dziennie _____
6. Czy pije Pani/Pan alkohol?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać tygodniowe spożycie: piwo _____ ml wino _____ ml alkohole wysokoprocentowe _____ ml
7. Czy zażywa lub kiedykolwiek zażywała Pani/zażywał Pan narkotyki, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze, nowe substancje psychoaktywne?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać jakie oraz kiedy
8. Czy uprawia Pani/Pan następujący sport lub podejmuje następującą aktywność sportową: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, sporty powietrzne (spadochroniarstwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo), wspinaczka górską lub skałkową przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem, który umożliwia oddychanie pod wodą (z wyłączeniem fajki nurkowej), skoki do wody, nurkowanie ze skrzydłem (ang. wing diving), skoki na linie (ang. bungee jumping), skoki z wysokich obiektów (ang. base jumping), pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (ang. parkour, free-running, rooftopping), narciarstwo lub snowboard poza wyznaczonymi trasami?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać rodzaj sportu/aktywności sportowej
9. Czy w wykonywanej przez Panią/Pana pracy zawodowej występują czynniki szkodliwe lub niebezpieczne: praca na wysokości, praca pod ziemią, nurkowanie, posługiwanie się bronią palną, kontakt z materiałami wybuchowymi, narażenie na działanie substancji chemicznych, narażenie na działanie ognia, lotnictwo lub praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach niestabilnych politycznie (wskazanych na liście ostrzeżeń dla podróżujących przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych)?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać nazwę zawodu i szczegóły dotyczące wykonywanej pracy, maksymalna wysokość dla pracy na wysokości

PYTANIE	ODPOWIEŹ	INFORMACJE DODATKOWE
10. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana którąkolwiek z wymienionych chorób lub czy jest Pani/Pan w trakcie diagnostyki którejkolwiek z nich lub czy występują u Pani/Pana niżej wymienione dolegliwości: a) nadciśnienie tętnicze, miażdżyca tętnic obwodowych, zakrzepica, zatorowość, ból w klatce piersiowej (piekący lub rozpierający, który pojawia się w trakcie wysiłku lub tuż po jego przerwaniu), b) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), gruźlica, sarkoidoza, chrypka lub kaszel trwające dłużej niż 30 dni, duszność, krwiotłucie, c) choroba Alzheimera lub jakakolwiek inna postać demencji (otępienia) lub zaburzeń poznawczych, choroba Parkinsona lub jakakolwiek inna postać parkinsonizmu, choroba Creutzfelda-Jakoba, d) przewlekłe choroby jelit, przewlekłe choroby żołądka, trudności w połykaniu trwające dłużej niż 30 dni, krwawienie z odbytu, e) choroby tarczycy, f) przewlekłe choroby nerek, krwimocz, g) powiększone węzły chłonne, zmiany w sutku, nieprawidłowa cytologia, guzek w jądrze, przerost gruczołu krokowego lub podwyższony poziom antygenu PSA, niewyjaśnione zmiany skórne, znamiona (krwawiące, bolesne, powiększające się), h) anemia (w tym anemia aplastyczna), hemofilia, zaburzenia krzepnięcia, inne jakie)?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać nazwę choroby/rodzaj dolegliwości, datę rozpoznania choroby/wystąpienia dolegliwości oraz sposób leczenia
11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywała Pani/przebywał Pan na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni (z wyjątkiem opieki nad członkiem rodziny, ostrego zakażenia dróg oddechowych, ciąży, porodu, połogu) lub czy występują u Pani/Pana jakiekolwiek ograniczenia możliwości wykonywania pracy zawodowej spowodowane stanem zdrowia?	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli TAK, proszę podać rok i powód przebywania na zwolnieniu lekarskim choroby wymienić po przecinku

Załączniki

Dokumentacja medyczna

Termin ważności ankiety medycznej

Ankieta medyczna jest ważna przez 90 dni od daty jej podpisania.

Oświadczenia

Oświadczam, że na pytania w ankiecie medycznej odpowiadam zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Jestem poinformowana/poinformowany, że PZU Życie SA ma prawo zaproponować inne warunki ubezpieczenia, jeśli wystąpi podwyższone ryzyko ubezpieczeniowe.

Oświadczam, że podałem/podałam PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które pytano mnie w tej w ankiecie medycznej. Wiem, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które mnie pytano, a których nie podałem/podałam PZU Życie SA.

Data

Podpis ubezpieczonego

Wszystkie informacje dotyczące umowy ubezpieczenia są objęte tajemnicą ubezpieczeniową.

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU

Pieczętka i podpis pośrednika PZU