

VIP

ANKIETA MEDYCZNA

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce.

W przypadku wstawienia znaku „X” w rubryce „TAK” na pytanie należy udzielić odpowiedzi szczegółowej.

	PYTANIE	TAK	NIE	ODPOWIEDŹ SZCZEGÓŁOWA
1	Czy w Pana/Pani najbliższej rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) ktoś chorował, choruje lub zmarł z powodu: choroby serca lub naczyń, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, cukrzycy, nowotworu, choroby nerek, choroby dziedzicznej (np. hemofilia, dystrofia mięśniowa), zaburzeń psychicznych, alkoholizmu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Czy pali Pan/Pani papierosy, tytoń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Jeśli rozpoznano/leczono u Pana/Pani chorobę - podaj jej nazwę, datę wystąpienia, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Jeśli uległ/a Pan/Pani wypadkowi/urazowi - opisz okoliczności zdarzenia, datę wystąpienia, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Jeśli był/a Pan/Pani niezdolny/a do pracy dłużej niż 30 kolejnych dni - podaj datę i przyczynę jej wystąpienia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Jeśli był/a Pan/Pani leczony/a lub diagnozowany/a w kierunku choroby w warunkach szpitalnych - podaj przyczynę i dołącz kserokopię karty leczenia szpitalnego (wypisowej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Czy w najbliższym czasie będzie Pan/Pani musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Czy musi Pan/Pani poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 - -

Data podpisania wniosku

_____ podpis osoby ubezpieczonej

_____ pieczęć i podpis Pośrednika

_____ **POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.**

pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.