

Oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia (1)

przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z sumą na umowie głównej powyżej 5 000 zł i/lub umowami dodatkowymi chorobowymi (Poważne zachorowania – standard, Poważne zachorowania – komfort, Leczenie w szpitalu, Zabiegi operacyjne, Utrata samodzielności, Opieka medyczna bez granic, Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego).

Jeżeli oświadczenie o stanie zdrowia dotyczy większej liczby umów zawieranych tego samego dnia, prosimy o wpisanie wszystkich numerów wniosków.

Numer wniosku Numer wniosku

Dane Ubezpieczonego *Prosimy o wyraźne wypełnienie wniosku. Wszelkie informacje podane w tym wniosku traktowane są jako poufne.*

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości (d-m-r)

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania osobiście oraz sprawdzić, czy wniosek jest wypełniony kompletnie i zgodnie z prawdą.

Wzrost (cm) Waga (kg)



Przy każdym pytaniu prosimy wstawić X w rubrykę TAK lub NIE. Jeśli zaznaczy Pan/Pani odpowiedź twierdzącą, prosimy o podanie uzupełniających informacji.

Pytanie	Nie	Tak	Szczegółowe informacje
Czy w ciągu 12 miesięcy Pana/Pani waga zmieniła się o ponad 10 kg (za wyjątkiem ciąży lub stosowania diety odchudzającej)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie przyczyny zmiany wagi. Wzrost wagi o _____ kg Utrata wagi o _____ kg
1. Czy u kogoś z Pana/Pani biologicznych rodziców lub biologicznego rodzeństwa przed ukończeniem 50 roku życia zdiagnozowano: chorobę serca lub układu krążenia (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe, kardiomiopatia, udar mózgu), wielotorbielowatość nerek, stwardnienie rozsiane lub nowotwór złośliwy jelita grubego, piersi, jajnika, prostaty, trzustki, nerki, czerniaka lub chorobę dziedziczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, to prosimy o podanie stopnia pokrewieństwa z chorą osobą, rodzajem choroby oraz wieku w momencie zachorowania (ile lat miała chora osoba).
2. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był Pan/ była Pani lub obecnie jest diagnozowany/a, leczony/a lub pozostaje pod kontrolą lekarską z powodu którejkolwiek z wymienionych niżej chorób?			Jeśli TAK, prosimy o odpowiedź na następujące pytania: a) która z wymienionych chorób była rozpoznana i leczona? b) data rozpoznania c) jaki był rodzaj leczenia (czy zastosowano leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, operacyjne lub zachowawcze, sanatoryjne)? d) jak długo trwało leczenie? e) czy i kiedy leczenie zostało zakończone?
a) chorób serca: zawału serca, choroby wieńcowej (choroby niedokrwiennej serca), choroby naczyń wieńcowych, wady zastawek serca, gorączki reumatycznej, niewydolności serca, przerostu mięśnia serca, kardiomiopatii, zapalenia mięśnia serca, zaburzeń rytmu serca, miażdżycy, tętniaka aorty, zatoru, zakrzepu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) nadciśnienia tętniczego; zaburzeń naczyniowych lub zaburzeń krążenia: udaru mózgu, przemijającego ataku niedokrwinnego (TIA), krwotoku mózgowego, zwężeniem tętnic szyjnych; zaburzeń w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia: malfornacji naczyniowych, tętniaka, zakrzepu lub zatoru; guza, guzka, torbieli w mózgu, w obrębie mózgowca lub rdzenia kręgowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W przypadku nadciśnienia tętniczego, prosimy o podanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (mm Hg) _____ / _____
c) chorób układu oddechowego: astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), nawracającego zapalenia oskrzeli/płuc, rozedmy, gruźlicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Crohna, niedrożności jelit, choroby wrzodowej żołądka/dwunastnicy, zapalenia trzustki, wirusowego zapalenia wątroby (WZW typu B lub C), marskości wątroby lub przewlekłej niewydolności wątroby, nosicielstwa wirusa HBV, HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) chorób nerek: przewlekłej niewydolności nerek, leczenia dializami, choroby pęcherza moczowego, gruczolą krokowego, jąder, chorób ginekologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Podpis Ubezpieczonego

strona 1/3

Pytanie	Nie	Tak	Szczegółowe informacje
f) cukrzycy, podwyższonego poziomu glukozy, cholesterolu, trójglicerydów; chorób tarczycy: nadczynności, niedoczynności, woli, zapalenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) padaczki, niedowładów lub porażań, stwardnienia rozsianego, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowych, płasawicy Huntingtona, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zapalenia mózgu; zaburzeń psychicznych, nerwicy, depresji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) chorób układu kostno-stawowego: reumatoidalnego zapalenia stawów, zwyrodnienia stawów, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, dyskopatii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) chorób krwi i układu krwiotwórczego: białaczki, zespołu mielodysplastycznego, czerwienicy prawdziwej, pierwotnego włóknienia szpiku, mastocytozy, hemoglobinopatii, chłoniaka nieziarnicznego, chłoniaka Hodgkina, szpiczaka, skazy krwotocznej, niedokrwistości, niedoborów odporności, stanu nadkrzepliwości (trombofilia), nadpłytkowości samoistnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) nowotworów złośliwych lub nowotworów łagodnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) chorób oczu i uszu: wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jaskry, zaćmy, chorób nerwu wzrokowego, upośledzenia słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj choroby: Liczba dioptrii: prawe oko _____, lewe oko _____ Utrata słuchu: prawe ucho _____, lewe ucho _____ Powód utraty słuchu: _____
3. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przebywał Pan/przebywała Pani w szpitalu w celu diagnostyki lub leczenia albo miał Pan/miała Pani zabieg chirurgiczny w placówce medycznej? Pytanie nie dotyczy leczenia urazów lub złamań kończyn oraz – w przypadku kobiet – pobytu w szpitalu w związku z ciążą i porodem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie powodu hospitalizacji, daty pobytu oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej, wyników badań, konsultacji.
4. Czy oczekuje Pan/Pani na konsultację lekarską (z wyjątkiem ciąży) lub zabieg operacyjny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli tak, prosimy o podanie kiedy, rodzaju zabiegu/konsultacji i z jakiego powodu.
5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przyznano Panu/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy lub orzeczono niepełnosprawność? Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (z wyjątkiem leczenia następstw urazu wynikających ze złamania kończyny lub opieki nad członkiem rodziny oraz ciąży u kobiet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie: – z jakiego powodu, od kiedy i na jak długo, która grupa renty lub jaki stopień niepełnosprawności został przyznany. – liczby dni, powodu i terminu zwolnienia lekarskiego.
6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wyniki wykonanych przez Pana/Panią badań diagnostycznych były nieprawidłowe : echo serca, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MRI) piersi i innych części ciała, USG, RTG, EKG? Czy obecnie oczekuje Pan/Pani na ww. badania lub wyniki ww. badań?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie daty badania, powodu wykonania, rodzaju badania, jakiego narządu dotyczy badanie i jakie nieprawidłowości stwierdzono.
7. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani zakażenie wirusem HIV bądź czy oczekuje Pan/Pani obecnie na wynik testu na obecność wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie czy stwierdzono zakażenie wirusem HIV lub czy czeka Pan/Pani na wynik testu? Kiedy?
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był Pan/Pani leczony/a lub kierowany/a na leczenie z powodu nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie powodu leczenia, ile czasu trwała terapia i kiedy została zakończona. Ilość i rodzaj wypijanego tygodniowo alkoholu w czasie nadużywania oraz obecnie. Ilość i rodzaj zażywanych środków.
9. Czy pali Pan/Pani papierosy lub palił/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie ilości wypalanych dziennie papierosów.
10. Czy obecnie przebywa Pan/Pani lub w najbliższym czasie planuje przebywać za granicą dłużej niż 4 tygodnie w ciągu roku (za wyjątkiem pobytu w krajach Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Islandii, Norwegii, Szwajcarii oraz Australii, USA, Kanady)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwy kraju, celu wyjazdu i planowanego czasu pobytu. Jeżeli celem wyjazdu jest praca, prosimy o podanie rodzaju i opisu wykonywanej pracy.
11. Z usług jakiej placówki medycznej korzysta Pan/Pani obecnie?			Nazwa placówki: _____ Adres: _____ _____ _____

Oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia (2)

przy zawieraniu umowy dodatkowej Opieka medyczna bez granic wraz z umową główną z sumą powyżej 5 000 zł i/lub umowami dodatkowymi chorobowymi (Poważne Zachorowania – standard, Poważne Zachorowania – komfort, Leczenie w szpitalu, Zabiegi operacyjne, Utrata samodzielności, Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego).

(Wypełnienie poniższego oświadczenia konieczne jest tylko i wyłącznie w przypadku zawierania umowy dodatkowej Opieka medyczna bez granic)

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania poprzez wstawienie X w rubrykę TAK lub NIE.

Pytanie	Nie	Tak
1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono jakiegokolwiek leczenie w związku z następującymi chorobami, jakiegokolwiek z poniższych zmian: – zmianą przedrakową, – guzem o granicznej złośliwości, – dysplazją dużego stopnia, – poziomem markera nowotworowego we krwi PSA równym 4.0 ng/ml lub wyższym, – nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej dużego stopnia (CIN3+), – nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), – nadczynnością tarczycy, – obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i/lub żołądka, – znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji, w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi/ wyjaśnione – guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/ podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, poziomu wapnia lub markerów nowotworowych)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy przeszczepiono lub zalecono Panu/Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy posiada Pan/ Pani stałe miejsce zamieszkania poza Polską?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodatkowe wyjaśnienia:		

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz oświadczeniu o stanie zdrowia są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Ubezpieczający

Seria i nr dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis

Data

Ubezpieczony

Seria i nr dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis

Data

Agent/ Broker/ Osoba Fizyczna Wykonująca Czynności Agencyjne

Pieczęć Agenta/Brokera

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

Data