

Nazwa ubezpieczenia

Dane personalne

Ubezpieczający

Numer polisy

Osoba przystępująca do ubezpieczenia

Współmałżonek osoby przystępującej

Nazwisko i imię

Nazwisko i imię

PESEL

PESEL

Stan zdrowia

W przypadku udzielania odpowiedzi pozytywnej, szczegóły prosimy podać na odwrocie

Czy jest Pan/Pani w pełni zdrowy i zdolny do pracy?

nie tak Choroby, zaburzenia?

nie tak Choroby, zaburzenia?

Jaki jest Pana/Pani wzrost i waga?

cm kg

cm kg

Proszę podać średnie dzienne spożycie przez Pana/Panią alkoholu oraz ilość wypalonych tytoniu?

Alkohol ? Tytoń?
(ilość papierosów,
cygar, fajek)

Alkohol ? Tytoń?
(ilość papierosów,
cygar, fajek)

Czy zażywa Pan/Pani lub zażywał/a regularnie lekarstwa?

nie tak Jakże? Od kiedy - do kiedy?

nie tak Jakże? Od kiedy - do kiedy?

Czy zażywał Pan/Pani lub zażywa narkotyki lub środki uzależniające ? (niezależnie od formy)

nie tak Jakże? Od kiedy - do kiedy?

nie tak Jakże? Od kiedy - do kiedy?

Czy uległ/a Pan/Pani wypadkowi?

nie tak Kiedy, jakie są następstwa?

nie tak Kiedy, jakie są następstwa?

Czy orzeczono u Pana/Pani stopień niepełnosprawności? (niezdolności do pracy - inwalidztwo)?

nie tak Stopień niepełnosprawności, z jakiej przyczyny?

nie tak Stopień niepełnosprawności, z jakiej przyczyny?

Czy cierpił lub cierpiał/a Pan/Pani na jakies schorzenia lub dolegliwości ?

Na co - prosimy podać szczegóły? Od kiedy - do kiedy?

Na co - prosimy podać szczegóły? Od kiedy - do kiedy?

- serca, układu krążenia, naczyń (np. podwyższone ciśnienie krwi, dolegliwości sercowe, uczucie ucisku w klatce piersiowej, duszność, zaburzenia krążenia, żylaki, zakrzepy) ▶

nie tak
W przypadku podwyższonego ciśnienia prosimy podać jego wysokość

nie tak
W przypadku podwyższonego ciśnienia prosimy podać jego wysokość

- układu nerwowego (np. niedowład, padaczka, stwardnienie rozsiane) albo psychiczne (np. depresje) ▶

nie tak

nie tak

- narządów zmysłów (np. wzroku, słuchu, powonienia) ▶

nie tak

nie tak

- kości, stawów lub mięśni (np. reumatyzm, schorzenia kręgosłupa, stawów kolanowych) ▶

nie tak

nie tak

- układu oddechowego (np. przewlekły kaszel, astma) ▶

nie tak

nie tak

- układu pokarmowego (np. żołądek, jelita, pęcherzyk żółciowy, wątroba, trzustka) ▶

nie tak

nie tak

- nerek lub dróg moczowych (np. zapalenie pęcherza lub nerek, kamica nerkowa) ▶

nie tak

nie tak

- krwi lub układu odpornościowego (np. choroby zakaźne, alergie, zakażenie HIV, AIDS, białaczka) ▶

nie tak

nie tak

- przemiany materii (np. cukrzyca), podwyższony poziom cholesterolu, dna moczianowa, choroby gruczołów (np. tarczycy) ▶

nie tak

nie tak

- skóry (np. egzema, grzybica) ▶

nie tak

nie tak

- narządów płciowych (np. macicy, gruczołów piersiowych, prostaty) ▶

nie tak

nie tak

- inne dolegliwości (np. nowotwory), o których nie było mowy powyżej ▶

nie tak

nie tak

Czy był/a Pan/Pani operowany/a lub zalecono operację? Czy był Pan/Pani poddany/a radioterapii lub chemioterapii?

nie tak Kiedy? Dlaczego? Gdzie?

nie tak Kiedy? Dlaczego? Gdzie?

Czy był Pan/Pani leczony/a w szpitalu, uzdrowisku lub w centrum rehabilitacyjnym?

nie tak Kiedy? Dlaczego? Gdzie?

nie tak Kiedy? Dlaczego? Gdzie?

Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 4 tygodnie?

nie tak Kiedy? Dlaczego?

nie tak Kiedy? Dlaczego?

Prawidłowość danych

Oświadczam, że udzieliłem/łam odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie wyczerpująco i zgodnie z prawdą. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie warunków umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem wypłaty świadczenia.

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Art. 23 ust. 1 i 2 oraz Art. 27 ust 1 i 2 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku z późniejszymi zmianami. Upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do wglądu w dokumentację medyczną i zwracania się w moim imieniu do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy medycyny o jej udostępnienie w celu przeglądania historii choroby na potrzeby realizacji umowy i oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępniania wyżej wymienionych danych osobowych agentom i towarzystwom reasekuracyjnym oraz przetwarzania na potrzeby związane z umową ubezpieczeniową i działalnością ubezpieczeniową.

Ponadto w przypadku stwierdzenia przez UNIQA TU na Życie S.A. jakichkolwiek niejasności lub podwyższonego ryzyka wyrażam zgodę na uzupełnienie ankiety i rozszerzenie zakresu udzielonych przeze mnie informacji o dodatkowe pytania i dokumenty .

Zobowiązanie

Informujemy, iż Pani/Pana dane są przetwarzane w UNIQA TU na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi przy ulicy Gdańskiej 132, w celu realizacji umowy ubezpieczeniowej i na potrzeby związane z działalnością ubezpieczeniową. Ma Pan/Pani prawo wglądu i poprawiania swoich danych osobowych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 27 sierpnia 1997 roku.

miejsowość, data

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

pieczęć i podpis przedstawiciela UNIQA TU S.A.