

Kwestionariusz medyczny do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA

KWESTIONARIUSZ STANOWI ZAŁĄCZNIK DO DEKLARACJI UCZESTNICTWA, PROSIMY WYPEŁNIĆ GO CZYTELNIEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko

Pesel:

Wzrost (cm): Waga (kg): Zmiana wagi w ciągu ostatnich 12 miesięcy w kg (+/ -): Powód:

3. PYTANIA

Pytania	tak	nie	Jeśli tak, proszę podać szczegółowe informacje
1. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub sanatoryjnie, bądź czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub wykonanie zabiegu operacyjnego? Jeśli tak, prosimy o szczegółowe informacje (data i rezultat leczenia, termin i powód) oraz dołączenie wszelkich posiadanych pisemnych informacji dotyczących schorzenia i jego leczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Czy w ciągu ostatnich 10 lat poddawał/a się Pan/Pani lub zalecono Panu/Pani poddanie się następującym badaniom diagnostycznym: RTG, USG, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa, urografia, rezonans magnetyczny, mammografia, itp.? Jeśli tak, jakim, kiedy, jaki był powód i wyniki badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy zażywał/a Pan/Pani przewlekle jakiekolwiek przepisane przez lekarza środki medyczne? Jeśli tak, od kiedy? Proszę podać nazwę leku, dawkę i przyczynę zażywania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy kiedykolwiek starał/a Pan/Pani o uzyskanie lub została Panu/Pani przyznana renta inwalidzka lub inna kategoria niezdolności do pracy? Jeśli tak, kiedy została przyznana, na jak długo i z jakiego powodu? Proszę dołączyć pełną dokumentację medyczną.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>% utraty zdrowia, czas trwania, grupa inwalidzka
5. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani rozpoznane choroby lub jakiekolwiek problemy związane z:			Jeśli tak, proszę podać datę rozpoznania, przebieg, wynik i okres leczenia oraz ewentualnej rehabilitacji
a) UKŁADEM KRAŻENIA (jak nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) UKŁADEM ODDECHOWYM (jak przewlekle zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszność, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) UKŁADEM POKARMOWYM (jak przewlekły nieżyt żołądka, owróżdzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) UKŁADEM MOCZOWO-PŁCIOWYM (jak białko lub krew w moczu, kamienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROBYMI UMYSŁOWYMI (jak paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM (jak anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI (jak cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ (jak osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadanie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenia lub zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, łuszczyca, usunięcie znamion skóry, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI (jak rak lub innego rodzaju guz, białaczka, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) CHOROBYMI ZAKAŹNYMI, PASOŻYTNICZYMI LUB PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ (jak AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczka, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) INNE CHOROBY NIE WYMIENIONE POWYŻEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Proszę podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał/a Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie. Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, proszę podać dane lekarza/przychodni, gdzie wykonywał/a Pan/Pani badania (np. okresowe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
Miejscowość

Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczonego