

ANKIETA MEDYCZNA

Pan Pani Panna **NAZWISKO i IMIONA**.....

(Nazwisko panięskie – ewentualnie):

Data urodzenia: dzień..... miesiąc..... rok

Miejsce urodzenia:

Stan rodzinny: żonaty/zamężna wolny (kawaler/panna) rozwiedziony/a wdowiec/wdowa

Liczba dzieci

Zawód wykonywany

Miejsce pracy (nazwa i adres)

.....

Adres zamieszkania:

Kod:.....Miejscowość:.....

ulica:.....nr domunr lokalu

Na każde pytanie należy obowiązkowo odpowiedzieć TAK lub NIE: zaznaczyć właściwą odpowiedź. W przypadku każdej odpowiedzi TAK, wnioskodawca powinien podać dodatkowe informacje.

1	Proszę podać	wzrost:cm	wagękg	
2	Czy w ciągu 2 ostatnich lat zanotował Pan/Pani niezamierzony spadek wagi?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Podać ile :
3	Czy w pana/pani rodzinie chorował ktoś na chorobę serca, chorobę wieńcową, neurologiczną, psychiczną, raka lub cukrzycę?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Podać jakie:
4	Czy aktualnie posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie? Czy dostał Pan/pani odmowę, odroczenie, ograniczenie, lub uchylene do poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Początek ważności – Towarzystwo – Wysokość gwarancji – Powody – Beneficjent :
5	Czy uprawia Pan/Pani sporty? (Podać czy bierze Pan/Pani udział w zawodach sportowych) Czy korzysta Pan/Pani z urządzeń latających innych niż regularne linie pasażerskie?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jakie :
		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	

Załącznik nr 3

	<p>Czy korzysta Pan/Pani z motocykla?</p> <p>Czy wyjeżdża Pan/Pani poza teren Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych lub Kanady? (Jeśli tak, podać częstotliwość, średni czas pobytu i cel wyjazdów, osobno dla każdego kraju i na rok)</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Typ – Marka – Pojemność silnika :</p>
6	<p>Czy spożywa Pan/Pani napoje alkoholowe codziennie (piwo, wino, wódka)?</p> <p>Czy jest Pan/Pani palaczem?</p> <p>Czy używa lub używał Pan/Pani substancji uważanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, LSD)?</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Ilości dzienne :</p>
7	<p>Czy był Pan/Pani ofiarą wypadku (samochodowego lub innego)?</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Odniesione szkody cielesne (podać czy wystąpiła utrata świadomości i czas jej trwania), daty, skutki :</p>
8	<p>Czy otrzymuje Pan/Pani rentę inwalidzką?</p> <p>Czy jest lub będzie Pan/Pani załatwiał rentę inwalidzką?</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Od kiedy – powód – stopień inwalidztwa (podać czy z tytułu cywilnego czy wojskowego):</p>
9	<p>Czy w chwili obecnej korzysta Pan/Pani ze zwolnienia z pracy?</p> <p>Czy przez ostatnich 5 lat musiał Pan/Pani przerwać pracę na ponad 3 kolejne tygodnie?</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Od kiedy – powód – przewidywana data powrotu do pracy:</p> <p>Kiedy – długość każdej przerwy – powód :</p>
10	<p>W OKRESIE 10 OSTATNICH LAT</p> <p>Czy przebywał Pan/Pani w środowisku szpitalnym lub podobnym w celu poddania się operacji, badaniu, leczeniu?</p> <p>Czy poddawał się Pan/Pani leczeniu specjalistycznemu takiemu jak: radioterapia, chemioterapia, immunoterapia lub kobaltoterapia?</p> <p>Czy poddawał się Pan/Pani: transfuzjom krwi lub pochodnych krwi?</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daty – czas trwania – powody – wyniki :</p>

Załącznik nr 3

	<p>Czy przechodził Pan/Pani: badania medyczne (z wyłączeniem medycyny pracy), takie jak badanie krwi, moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie rentgenologiczne?</p> <p>Czy poddawał się Pan/Pani testowi surowiczododatności na jeden z wirusów braku odporności ludzkiej (HIV, żółtaczka itd.)?</p> <p>Czy chorował Pan/Pani na infekcję na skutek nabytego braku odporności?</p>	TAK	NIE	
11	<p>CZY CHORUJE PAN/PANI NA NASTĘPUJĄCE CHOROBY :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choroby układu oddechowego (uporczywy kaszel, płucie krwią, zadyszka, astma...)? - Choroby serca i naczyń krwionośnych (zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnic...)? - Choroby układu trawiennego (wrzody, żółtaczka, zapalenie wątroby, chroniczna biegunka...)? - Choroby układu moczowo-płciowego (białkomocz i krwimocz, choroby przenoszone drogą płciową,...)? - Choroby układu nerwowego (porażenia, zapalenie opon mózgowych, epilepsja,...)? - Choroby psychiczne (depresja nerwowa, próby samobójcze,...)? - Choroby krwi, węzłów chłonnych i śledziona (anemia, występowanie anormalnych węzłów chłonnych, hemofilia,...)? - Choroby endokrynologiczne lub metaboliczne (cukrzyca, nadczynność tarczycy, hemochromatoza, rzeżączka,...)? - Choroby kości i stawów (artretyzm, reumatyzm,...)? - Choroby skóry (usuwanie pieprzyków, łuszczyca, inne uszkodzenia skóry,...)? 	TAK	NIE	Proszę uściślić:

Załącznik nr 3

	<p>- Ostre lub skomplikowane choroby zakaźne (gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, powtarzające się infekcje,...)?</p> <p>- Choroby pasożytnicze lub grzybicze (malaria, choroba motylicza wywołana przez przywry, drożdżycza,...)?</p> <p>- Choroba narządów zmysłu zaburzenia wzroku i słuchu (krótkowzroczność, głuchota,...)?</p> <p>inne nie wymienione wyżej choroby?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	<p>Ostrość wzroku: OD OG Przed korektą /10 /10 po korekcji /10 /10</p> <p>Podać jakie:</p>
12	<p>Czy w najbliższym czasie będzie Pan/Pani hospitalizowany lub będzie przechodził badania lekarskie?</p> <p>Czy musi się Pan/Pani poddać operacji?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Kiedy – z jakiego powodu (ów):
13	<p>Czy zażywa Pan/Pani leki od bólu głowy, bólu, przeciw zmęczeniu, środki nasenne, antybiotyki, środki uspokajające lub magnez?</p> <p>Czy aktualnie jest Pan/Pani w trakcie leczenia?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jakie – Od kiedy i dlaczego?
14	<p>DOTYCZY MEŃCZYŃ Czy został Pan zwolniony ze służby wojskowej z przyczyn zdrowotnych?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Podać z jakich:
15	<p>DOTYCZY KOBIET</p> <p>Przebyta skomplikowana ciąża lub skomplikowany poród</p> <p>Ciąża w trakcie</p> <p>Schorzenia organów płciowych</p> <p>Schorzenia piersi</p> <p>Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Podać szczegóły: przyczyny, data,...

Załącznik nr 3

16. W przypadku gdyby posiadał(a) Pan(i) jakieś istotne dla tej ankiety informacje, o które nie padło pytanie powyżej, lub gdyby chciał(a) Pan(i) dodać jeszcze jakieś informacje do podanych powyżej, prosimy o podanie ich w tym miejscu:

.....
.....
.....
.....

17. Prosimy o podanie adresu przychodni i nazwiska lekarza, u którego Pan(i) leczy się:

Nazwa przychodni

Adres przychodni

Nazwisko i imię lekarza

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

Udzielenie odpowiedzi w niniejszym kwestionariuszu jest obowiązkowe. W przypadku pominięcia lub fałszywego oświadczenia, stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego (Art. 834).

W związku z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, nr 133, poz. 883) podaję dobrowolnie swoje dane osobowe w rozumieniu art. 6 powołanej ustawy, niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych.

Podpis Ubezpieczonego

Zgodnie z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w celu poprawienia jakości usług oraz promocji Towarzystwa.

Tak

Nie

....., dnia

Podpis osoby ubezpieczającej się
(opatrzone dopiskiem : „przyjąłem/łam do wiadomości)