

Nr wniosku / polisy

Imię i nazwisko

Data urodzenia lub PESEL

Prosimy o udzielenie, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania, wpisując odpowiedzi lub zakreślając właściwą odpowiedź znakiem X.

Jaki jest Pana/-i wzrost: _____ cm i waga: _____ kg?

1 Czy kiedykolwiek leczył/a się Pan/i, miał/a dolegliwości lub objawy niżej wymienionych chorób?

1.01 Choroby zakaźne lub pasożytnicze:

- | | TAK | NIE |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • gruźlica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • choroby przenoszone drogą płciową | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zakażenie wirusem HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.02 Choroby endokrynologiczne:

- | | TAK | NIE |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| • cukrzyca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • tarczycyca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.03 Choroby krwi:

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • problemy związane z krzepiwością krwi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.04 Choroby układu nerwowego:

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • przewlekłe bóle lub zawroty głowy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • omdlenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • drgawki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • nerwice, stany depresyjne, choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • utraty przytomności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • niedowład lub porażenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • udar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • padaczka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.05 Choroby gardła, uszu, oczu:

- | | TAK | NIE |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • przewlekła chrypa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zaburzenia słuchu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zaburzenia widzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.06 Choroby skóry:

- | | TAK | NIE |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| • łuszczyca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • alergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • znamiona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • czerniaki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.07 Nowotwory, guzy, powiększenie węzłów chłonnych:

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.08 Choroby układu krążenia:

- | | TAK | NIE |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • wada serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zaburzenia rytmu serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • bóle w klatce piersiowej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zawał serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • żylaki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.09 Choroby układu oddechowego:

- | | TAK | NIE |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| • odma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • duszności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.10 Choroby układu pokarmowego:

- | | TAK | NIE |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • żołądka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • dwunastnicy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • jelit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • wątroby | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • trzustki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pęcherzyka żółciowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.11 Choroby układu moczowo-płciowego:

- | | TAK | NIE |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • nerek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • moczowodów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pęcherza moczowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • narządów płciowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • kamica nerkowa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.12 Choroby układu kostno-stawowego:

- | | TAK | NIE |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| • bóle pleców | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • bóle stawów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • rwa kulszowa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.13 Inne dolegliwości lub objawy:

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Jeżeli odpowiedział/a Pan/i twierdząco na którekolwiek z pytań w punkcie 1, prosimy o doprecyzowanie daty i przyczyny. Prosimy o dołączenie kopii ostatnich wyników badań lub historii choroby.

3 Czy kiedykolwiek przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 2 tygodnie?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? _____

4 Czy ciągu ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/i w szpitalu lub był/a Pan/i operowany/-a?
Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu? _____

5 Czy obecnie jest Pan/i w trakcie diagnostyki lub leczenia?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? _____

Przyjmowane leki: _____

6 Czy kiedykolwiek starał/a się Pan/i lub pobierał/a lub pobiera rentę inwalidzką lub świadczenia rehabilitacyjne?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? _____

7 Czy pali Pan/i papierosy, tytoń?
Jeśli tak, prosimy podać rodzaj i średnią, dzienną ilość: _____

8 Czy kiedykolwiek Pana/-i wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został przyjęty na zmienionych warunkach lub odrzucony?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? _____

Niniejszym oświadczam, iż wszelkie dane, zawarte w niniejszym kwestionariuszu zdrowia, są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Oświadczam, iż jestem świadomy/-a, że w okresie pierwszych trzech lat od mojego przystąpienia do umowy ubezpieczenia, dokonanego w oparciu o niniejszy wniosek, MACIF Życie TUV może odmówić wypłaty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, w przypadku, w którym zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową było skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości MACIF Życie TUV, lub zostały podane niezgodnie z prawdą.

Jednocześnie wyrażam zgodę na poddanie się badaniom lekarskim i wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), w zakresie określonym przez MACIF Życie TUV.

Data: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczonego ▼
--	--------------	------------------------------------