

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?

TAK NIE

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?

TAK NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

5. Czy obecnie jest Pan/i w trakcie diagnostyki lub leczenia?

TAK NIE

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?

TAK NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

7. Czy pali Pan/i papierosy, tytoń?

TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać rodzaj i średnią, dzienną ilość:

.....
.....

7. Czy kiedykolwiek Pana/-i wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został przyjęty na zmienionych warunkach lub odrzucony?

TAK NIE

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 TUW 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 TUW, 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 TUW.

KZ/03/19

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
--	--------------	--------------------------------