

**WNIOSEK O INDYWIDUALNE
KAPITAŁOWE / TERMINOWE* UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**

Wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku traktowane są przez Towarzystwo jako poufne.
Prosimy o udzielenie czytelnych odpowiedzi, drukowanymi literami, na wszystkie pytania.
Wszelkie poprawki mogą być dokonywane wyłącznie przez skreślenie błędnej i wpisanie obok prawidłowej odpowiedzi.
Każda poprawka musi zostać potwierdzona obok podpisem osoby podpisanej na wniosku jako „Ubezpieczony/Ubezpieczający”.

WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA

Nr Przedstawiciela _____
Imię i nazwisko _____
Nr Oddziału / Filii _____

WYPEŁNIA CENTRALA TOWARZYSTWA

Nr Wniosku _____

1. UBEZPIECZONY

Pan Pani
Nazwisko _____
Imiona _____ / _____
Zawód wykonywany _____
(szczegóły) _____
Data ur. (d/m/r/)
Obywatelstwo _____
PESEL

Adres zameldowania

Ulica _____
Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Gmina _____
Kod - Miasto _____
Państwo _____
Tel. dom. _____ Tel. kom. _____
e-mail _____

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

_____ tel. _____

2. UBEZPIECZAJĄCY (osoba opłacająca składkę)

Prosimy wypełnić, tylko gdy Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony.

Pan Pani
Nazwisko _____
Imiona _____ / _____
Data ur. (d/m/r/)
Obywatelstwo _____
PESEL

Adres zameldowania

Ulica _____
Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Gmina _____
Kod - Miasto _____
Państwo _____
Tel. dom. _____ Tel. kom. _____
e-mail _____

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

_____ tel. _____

3. UPOSAŻENI

Prosimy o wyraźne wypełnienie poniższej tabeli.

Nr	Imię i nazwisko	Adres	Data urodzenia	PESEL	%

* Niepotrzebne skreślić.

4. ANKIETA MEDYCZNA

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając X w odpowiednią rubrykę „NIE” lub „TAK”.

NIE	TAK	Gdy odpowiedź brzmi „TAK”, prosimy podać bliższe informacje.
-----	-----	--

INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

1. Prosimy podać aktualny wzrost _____ cm, wagę _____ kg

2. Czy Pana(i) waga w ciągu ostatnich trzech lat uległa zmianie o więcej niż 10 kg (kiedy, z jakiego powodu i o ile kg)?

a) uległa zwiększeniu?

b) uległa zmniejszeniu?

3. Czy Pan(i) pali tytoń lub palił(a) Pan(i) w przeszłości (rodzaj – np. papierosy, fajkę, cygara itp. – dzienna ilość, jak długo)?

4. Czy pije Pan(i) alkohol (rodzaj, tygodniowe spożycie)?

5. Czy kiedykolwiek zażywał(a) Pan(i) narkotyki (rodzaj, jak długo, ilość)?

6. Czy przyjmuje Pan(i) przewlekle (dłużej niż 3 tygodnie) jakiegokolwiek leki przepisane lub nie przepisane przez lekarza (w szczególności przeciwbólowe lub uspokajające)? Jeżeli „TAK”, to jakie, dawka, jak długo?

7. Czy kiedykolwiek zostały u Pana(i) rozpoznane choroby lub czy występowały dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów lub układów:

a) układu nerwowego, w szczególności: niedowład, drgawki, utraty przytomności, napady depresji, choroby psychiczne lub inne?

b) układu oddechowego, na przykład: duszności, krwiotłucie, uporczywy kaszel, astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli, gruźlica, zapalenie opłucnej, atypowe zapalenie płuc?

c) układu krążenia, na przykład: bóle w klatce piersiowej, obrzęki, choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wady zastawek serca, kołatania serca, niewydolność krążenia, zakrzepowe zapalenie żył?

d) układu pokarmowego, na przykład: choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, nawracające biegunki, zaparcia, żółtaczka, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki?

e) choroby nerek, pęcherza moczowego i prostaty: infekcje dróg moczowych i nerek, niewydolność nerek, kamica moczowa?

f) przewlekle (powyżej 3 tygodni) choroby oczu, uszu, nosa, gardła lub jamy ustnej?

g) choroby skóry, mięśni, kości, stawów, w szczególności: gorączka reumatyczna, choroby reumatoidalne, bóle stawowe, bóle kręgosłupa?

h) zaburzenia hormonalne, przemiany materii, na przykład: cukrzyca, dna moczanowa, hiperlipidemia, choroby tarczycy?

i) nowotwory złośliwe (rak) lub niezłośliwe, powiększenie węzłów chłonnych, anemia?

	NIE	TAK	
8. Czy obecnie znajduje się Pan(i) pod obserwacją lekarską lub leczy się z powodu jakiegokolwiek choroby, dolegliwości lub ma Pan(i) zamiar poddać się badaniom medycznym lub hospitalizacji (jakim, dlaczego)?			
9. Czy w ciągu ostatnich pięciu lat:			
a) zalecono Panu(i) hospitalizację, wykonanie operacji chirurgicznej lub badań diagnostycznych, które nie zostały wykonane?			
b) miał(a) Pan(i) przeprowadzone jakiegokolwiek leczenie operacyjne, zabiegi, badania diagnostyczne (EKG, Rtg, USG, TK, inne) lub doznał(a) Pan(i) urazu ciała (jakie, kiedy)?			
10. Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) pacjentem szpitala, kliniki, sanatorium (kiedy, z jakiego powodu)?			
11. Czy kiedykolwiek starał(a) się lub otrzymał(a) Pan(i) rentę lub odszkodowanie z powodu choroby, urazu lub innej niezdolności do pracy (przyczyna, kiedy, która grupa inwalidzka)?			
12. Czy kiedykolwiek chorował(a) lub skierowany(a) był(a) Pan(i) na badania, leczenie związane z: wirusem HIV (AIDS), chorobami wenerycznymi, wirusowym zapaleniem wątroby (jaki typ)?			
DOTYCZY KOBIEC			
13. Czy kiedykolwiek zostały u Pani rozpoznane choroby lub czy występowały bądź występują dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów lub układów:			
a) choroby ginekologiczne, w tym choroby piersi?			
14. Czy jest Pani w ciąży? Jeżeli „TAK”, prosimy podać miesiąc.			
DOTYCZY MĘŻCZYZN			
15. Czy kiedykolwiek został Pan uznany za niezdolnego do odbywania służby wojskowej (przyczyna, kiedy, na jak długo)?			
DOTYCZY WSZYSTKICH UBEZPIECZONYCH			
16. Czy uprawia Pan(i) niebezpieczny sport lub spędza czas wolny w sposób powszechnie uważany za niebezpieczny, np.: wspinaczka, nurkowanie, lotniarstwo, szybownictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty walki lub inne?			
17. Czy ktoś z Pana(i) bliskiej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował, choruje lub zmarł (do 65 roku życia) na cukrzycę, gruźlicę, chorobę nowotworową, zawał serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, choroby psychiczne, inny rodzaj choroby dziedzicznej, wrodzonej (jakie) lub popełnił samobójstwo?			
18. Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o ubezpieczenie na życie został odroczony, odrzucony lub przyjęty na specjalnych warunkach? Jeżeli „TAK”, proszę podać datę decyzji, nazwę Towarzystwa, które podjęło decyzję oraz w jaki sposób odbiegała ona od wniosku o ubezpieczenie.			
19. W przypadku, jeżeli posiada Pan(i) jakieś informacje istotne dla wniosku, o które nie padło pytanie powyżej, lub jeżeli chce Pan(i) dodać jakieś informacje, prosimy o ich podanie.			
20. Proszę podać informacje o placówkach medycznych w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego – imię i nazwisko lekarza(y), nazwa placówki, adres, numer telefonu.			

