

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Dane osobowe:

 Imiona:

 Nazwisko:

 Data urodzenia: / /

dzień

miesiąc

rok

numer ewidencyjny PESEL

seria i nr dowodu osobistego

PYTANIE	TAK	NIE
1. Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:		
a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, wady serca, przewlekłe choroby układu krążenia;		
b) stany zapalne nerek, kamica nerek, torbielowatość nerek, nadnercze, przewlekłe choroby układu moczowego;		
c) astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego;		
d) cukrzyca, choroby tarczycy;		
e) zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego;		
f) nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka;		
g) udar, porażenie, niedowład, stwardnienie rozsiane (SM);		
h) padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego;		
i) wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV;		
j) choroby układowe tkanki łącznej, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty;		
k) osteoporoza, choroby kręgosłupa leczone operacyjnie lub wymagające leczenia operacyjnego, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów i kości;		
2. Czy ubiegał się Pan/i lub miał/a, ma przyznaną rentę lub grupę inwalidzką lub otrzymywał/a rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?		
3. Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie?		
4. Czy wykonuje Pan/i którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; sportowiec zawodowy; cyrkowiec; dżokej; kaskader; ochroniarz; policjant; detektyw; strażak; wojskowy; dziennikarz - korespondent; nurek; marynarz; pilot; kominiarz; monter (z wyłączeniem montera mebli, sprzętu AGD, RTV – prace naziemne); kierowca samochodu ciężarowego o masie dopuszczalnej całkowitej powyżej 3500 kg; elektryk; górnik; hutnik; rybak; drwal; dekarz; spawacz; cieśla; murarz; tynkarz; operator ciężkiego sprzętu; pracownik budowlany (z wyłączeniem personelu nadzoru, inspektora budowlanego, glazurnika, malarza pokojowego, hydraulika); pracownik pracujący: na wysokościach powyżej 1 m od stałej powierzchni, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbestie, przy żwirze, przy paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych?		
5. Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie? Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu:.....		
6. Prosimy podać: Imię i nazwisko, adres, nr telefonu lekarza rodzinnego lub prowadzącego oraz nazwy i adresy placówek medycznych, z usług, których Pan/i korzysta/korzysta/a:		

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. przez właściwe organy i instytucje informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych do weryfikacji zgłoszonych roszczeń wobec Towarzystwa oraz na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłam/em, informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia, za mojego życia, jak i po mojej śmierci, niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji zgłaszanych roszczeń (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka i Dziecka Ubezpieczonego).

Jednocześnie upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. do zasięgania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń (dotyczy Ubezpieczonego).