

Your International Healthcare Partner



International Private Health Insurance

ANKIETA MEDYCZNA

Odpowiedzi na zawarte w ankiecie pytania należy wprowadzić odręcznie. Powyższe może zostać dokonane przez osobę mającą zostać objętą ubezpieczeniem lub jej pełnomocnika z pełną świadomością co do zadawanych pytań i udzielanych odpowiedzi.

Należy zaznaczyć opcję TAK lub NIE. W przypadku zaznaczenia opcji TAK na stronie 3 należy podać wszelkie istotne informacje powiązane ze zdarzeniem, zachowując numerację pytań i określając: datę zdarzenia i jego skutki, datę wyleczenia lub zakończenia terapii, rodzaj zastosowanej terapii lub leczenia szpitalnego, czas trwania choroby lub terapii, wszelkie następstwa, a także załączyć wszelkie stosowne dokumenty.

Informacje

Imię: Nazwisko:

Płeć: K M Data urodzenia:

Pytania

1	Proszę podać wzrost, wagę i zwyczajowe ciśnienie krwi.	Wzrostcm Waga kg Ciśnienie krwi:/.....
2	Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/i chorobę układu krążenia, chorobę układu pokarmowego, chorobę układu oddechowego, chorobę układu nerwowego, chorobę układu moczowo-płciowego, chorobę hormonalną lub metaboliczną, chorobę psychiczną, chorobę kości i stawów lub guza? Proszę określić na stronie 3: chorobę, datę diagnozy, zastosowane leczenie, rozwój i skutki.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	Czy w ciągu ostatnich 5 lat poddano Pana/ią leczeniu lub czy przechodzi Pan/i obecnie leczenie trwające dłużej niż 2 tygodnie? Proszę określić rodzaj leczenia na stronie 3.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4	Czy w ciągu ostatnich 5 lat udzielono Panu/i jednego lub więcej zwolnień lekarskich trwających dłużej niż trzy następujące po sobie tygodnie lub poddano Pana/ią leczeniu trwającemu co najmniej trzy następujące po sobie tygodnie? Proszę określić na stronie 3: datę udzielenia i czas trwania zwolnienia oraz powód jego udzielenia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5	Czy w przeciągu ostatnich 5 lat poddano Pana/ią leczeniu szpitalnemu trwającemu dłużej niż 1 tydzień lub też będzie Pan/i hospitalizowany/a w najbliższym czasie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

	Proszę określić na stronie 3: datę rozpoczęcia i czas trwania hospitalizacji oraz jej powód.	
6	Czy cierpi Pan/i na jakiegokolwiek następstwa przebytych chorób lub doświadczonych wypadków?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7	Czy został/a Pan/i poddany/a przesiewowemu badaniu serologicznemu, w szczególności pod kątem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C i zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (wirusem HIV), którego wynik był pozytywny? Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, proszę podać szczegółowe informacje na stronie 3.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8	Czy codziennie spożywa Pan/i napoje alkoholowe? Proszę określić na stronie 3: ilość w jednostkach alkoholu, gdzie jednostka odpowiada kieliszкови wina (100 ml), kuflowi piwa (250 ml) lub dawce mocnego alkoholu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9	Czy pali Pan/i więcej niż 10 papierosów dziennie? Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, proszę określić na stronie 3, jak długo Pan/i pali.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10	Czy kiedykolwiek w przeszłości Pana/i wniosek o udzielenie prywatnego ubezpieczenia medycznego został odrzucony lub zaakceptowany na specjalnych warunkach?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11	Czy lata Pan/i – w charakterze pilota lub pasażera – niekomercyjnymi liniami lotniczymi?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek pytanie zawarte w powyższej części ankiety prosimy o podanie poniżej wszelkich dodatkowych informacji powiązanych ze zdarzeniem (z zachowaniem numeracji pytań i określając: datę zdarzenia i jego skutki, datę wyleczenia lub zakończenia terapii konsolidacyjnej, rodzaj zastosowanej terapii lub leczenia szpitalnego, czas trwania choroby lub terapii, wszelkie następstwa, a także załączyć wszelkie stosowne dokumenty, itp.).

Pytanie 1:
Pytanie 2:
Pytanie 3:
Pytanie 4:

Pytanie 5:
Pytanie 6:
Pytanie 7:
Pytanie 8:
Pytanie 9:
Pytanie 10:
Pytanie 11:

Oświadczenie i podpis

Ubezpieczony, we własnym imieniu, a także – w stosownych przypadkach – w imieniu osób pozostających na jego/jej utrzymaniu, niniejszym zaświadcza, iż podane odpowiedzi są uczciwe i zgodne z prawdą oraz oświadcza, iż nie zataił żadnych informacji, na skutek czego Ubezpieczyciel mógłby zostać wprowadzony w błąd lub co mogłoby wpłynąć na decyzję Ubezpieczyciela powziętą w odniesieniu do proponowanego ubezpieczenia. Wszelkie fałszywe oświadczenia lub zatajone informacje niosą za sobą nieważność niniejszej polisy.

Podpis

Data.....

Ankieta zachowuje ważność przez okres trzech (3) miesięcy od daty złożenia podpisu przez osobę mającą zostać objętą ubezpieczeniem.