

Imię / imiona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Pesel: | | | | | | | | | | | |

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce.

**W przypadku wstawienia znaku „X” w rubryce „TAK” na pytanie należy udzielić odpowiedzi szczegółowej.**

	PYTANIE	TAK	NIE	ODPOWIEŹ SZCZEGÓŁOWA
1	Czy w Pana/i najbliższej rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) ktoś chorował, choruje lub zmarł z powodu: choroby serca lub naczyń, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, cukrzycy, nowotworu, choroby nerek, choroby dziedzicznej (np. hemofilia, dystrofia mięśniowa, inne), zaburzeń psychicznych, alkoholizmu?			
2	Czy pali Pan/i papierosy, tytoń?			
3	Jeśli rozpoznano/ leczono u Pana/i chorobę - podaj jej nazwę, datę wystąpienia, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.			
4	Jeśli uległ/a Pan/i wypadkowi/ urazowi - opisz okoliczności zdarzenia, datę wystąpienia, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.			
5	Jeśli był Pan/i niezdolny/a do pracy dłużej niż 30 kolejnych dni - podaj datę i przyczynę jej wystąpienia. Dołącz kserokopię dokumentacji medycznej.			
6	Jeśli był/a Pan/i leczony/a lub diagnozowany/a w kierunku choroby w warunkach szpitalnych - podaj przyczynę i dołącz kserokopię karty leczenia szpitalnego (wypisowej).			
7	Czy w najbliższym czasie będzie Pan/i musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.			
8	Czy musi Pan/i poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.			
9	Czy przyjmuje Pan/i obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce.			

 \_\_\_\_\_  
 miejscowość i data

 \_\_\_\_\_  
 podpis osoby aplikującej

 \_\_\_\_\_  
 pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

 „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group  
 \_\_\_\_\_  
 pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek