

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

Dotyczy Umowy ubezpieczenia nr: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

1.	Nazwa placówki medycznej, w której jestem leczony		
2.	Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni (nie dotyczy ciąży)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona w stosunku do Pana/Pani niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

D D  -  M M  -  R R R R R

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_ podpis osoby ubezpieczonej

AGENT  
/BROKER

0 0 8 4 7 2

ID Dystrybutora ubezpieczeń

Agent  Broker

Jarosław Kaczmarek

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA\*

\_\_\_\_\_ ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

\_\_\_\_\_ Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

\_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_ ID Dystrybutora Ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Dystrybutor Ubezpieczeń

OFWCA\*

\_\_\_\_\_ ID OFWCA Dystrybutora Ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora Ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.