



Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki
PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE – WNIOSEK MEDYCZNY

Kod warunków Kod jednostki PZU Życie SA Nr umowy

Suma ubezpieczenia podstawowego Wariant ubezpieczenia

Nazwa ubezpieczenia podstawowego

Powód wypełniania wniosku:
 zawarcie/przystąpienie (do) umowy ubezpieczenia dodatkowego inne

I. Dane ubezpieczonego

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko Data urodzenia PESEL

Rodzaj dokumentu Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy Seria i nr dokumentu

II. Dodatkowe informacje o ubezpieczonym

Stan cywilny kawaler/panna żonaty/zamężna wdowiec/wdowa wolny/wolna Czy posiada Pan/Pani dzieci? TAK NIE

Wykształcenie podstawowe średnie wyższe inne

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając w rubrykę znak X w odpowiednie pole: TAK lub NIE, w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK proszę podać dodatkowe informacje.

1. Czy posiada Pan/Pani polisy indywidualnego ubezpieczenia na życie w PZU Życie SA? TAK NIE

2. Czy jest Pan aktywny/Pani aktywna zawodowo? TAK NIE Kod zawodu ustalony w oparciu o tabelę „Zawody”

Nazwa zawodu

3. Czy uprawia Pan/Pani sport/hobby? TAK NIE Sposób: Amatorsko Zawodowo Kod ustalony w oparciu o tabelę „Sport/hobby”

Nazwa sportu/hobby

4. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został w jakimkolwiek Towarzystwie Ubezpieczeniowym odrzucony lub składka ubezpieczeniowa została podwyższona z jakiegokolwiek powodu? TAK NIE

Szczegóły: (kiedy, powód nie przyjęcia wniosku, powód podwyższenia składki ubezpieczeniowej)

5. Czy jest Pan praworęczny/Pani praworęczna? TAK NIE

6. Czy z jakiegokolwiek powodu przyznano Panu/Pani rentę/orzeczono niezdolność do pracy lub niepełnosprawność? TAK NIE

Szczegóły: całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, niepełnosprawność znacznego stopnia całkowita niezdolność do pracy, niepełnosprawność stopnia umiarkowanego częściowa niezdolność do pracy, niepełnosprawność stopnia lekkiego

Z jakiego powodu:

wypadku chorób układu ruchu chorób nowotworowych chorób układu sercowo-naczyniowego chorób układu oddechowego chorób układu nerwowego i zmysłów

inne

7. Czy występują u Pana/Pani nieprawidłowości zdrowotne, będące wynikiem przebytego urazu lub wypadku? TAK NIE Szczegóły:

8. Czy planuje Pan/Pani poddać się jakimkolwiek zabiegowi chirurgicznemu lub w ciągu ostatnich 5 lat był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana z powodu zabiegu chirurgicznego? TAK NIE

Szczegóły:

9. Czy kiedykolwiek zostało Panu/Pani odebrane lub czasowo zatrzymane prawo jazdy? TAK NIE

Szczegóły (przyczyna, kiedy) jazda pod wpływem alkoholu rok jazda pod wpływem środków odurzających rok

przekroczenie limitu punktów karnych rok inne rok rok

10. Czy planuje Pan/Pani w ciągu najbliższych 12 miesięcy pobyt za granicą, dłuższy niż 30 dni? TAK NIE

Nazwa kraju podróży

Szczegóły (data wyjazdu, okres pobytu)

III. Dane medyczne ubezpieczonego

Ciśnienie tętnicze krwi: / mm Hg Wzrost cm Waga kg

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając w rubrykę znak X w odpowiednie pole: TAK lub NIE, w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK proszę podać dodatkowe informacje.

1. Czy Pana/Pani waga ciała zmieniła się w ciągu ostatnich 12 miesięcy więcej niż o 5 kg? TAK NIE

Szczegóły: Zwiększyła się o kg Zmniejszyła się o kg

2. Czy aktualnie pali Pan/Pani tytoń? TAK NIE Rodzaj tytoniu Papierosy Cygara Fajka Razem ilość na dobę szt.

3. Czy kiedykolwiek palił Pan/paliła Pani tytoń? TAK NIE Rok zaprzestania palenia tytoniu

4. Czy pije Pan/Pani alkohol? TAK NIE Średnia ilość wypijanego alkoholu/tydzień: Alkoholi wysokoprocentowych ml piwa ml wina ml

5. Czy kiedykolwiek, ze względów medycznych zalecono Panu/Pani zaprzestanie/ograniczenie /unikanie spożywania alkoholu? TAK NIE Szczegółowy powód:

6. Czy przyjmuje/przyjmował Pan/przyjmuje /przyjmowała Pani narkotyki lub środki odurzające? TAK NIE Szczegóły: (rodzaj, ilość)

7. Czy jakkolwiek z wymienionych niżej chorób została rozpoznana lub leczy/leczył się na nią co najmniej jeden członek Pana/Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo) przed ukończeniem 60 roku życia? TAK NIE

choroba wieńcowa bez/z zawałem mięśnia sercowego nadciśnienie tętnicze udar mózgu cukrzyca choroba nowotworowa

Szczegóły (nazwa choroby, u kogo z rodziny została rozpoznana choroba):

7a. Czy jakkolwiek z chorób zaznaczonych w pytaniu nr 7 została rozpoznana lub leczy/leczyło się na nią dwóch lub więcej członków Pana/Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo)? TAK NIE

Szczegóły (nazwa choroby, u kogo z rodziny i w jakim wieku została rozpoznana choroba, ewentualnie w jakim wieku nastąpił zgon):

8. Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki? TAK NIE

Proszę wpisać nazwy przyjmowanych leków

1. 2.

3. 4.

5. 6.

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy występowały u Pana/Pani wymienione dolegliwości lub objawy? Proszę zaznaczyć wszystkie występujące.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) piekący lub rozpijający ból w klatce piersiowej, pojawiający się w trakcie wysiłku lub tuż po jego przerwaniu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| b) uczucie duszności w spoczynku | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| c) krwiotłucie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| d) niewyjaśnione okresy biegunek i/lub zapań i/lub niewyjaśnione bóle brzucha | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| e) wyczuwalne zmiany/powiększenie węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| f) trudności w połykaniu (z wyjątkiem anginy) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| g) chrypka trwająca > 3 miesiące | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| h) niewyjaśniona zmiana/guzek w sutku | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

10. Czy kiedykolwiek były diagnozowane/zostały rozpoznane i leczy lub leczył się Pan/leczy lub leczyła się Pani z powodu wymienionych niżej chorób? TAK NIE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) choroba wieńcowa bez/z zawałem mięśnia sercowego | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | h) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| b) nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | i) astma | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| c) cukrzyca | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | j) wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| d) wada serca | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | k) marskość wątroby | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| e) niewydolność serca (krążenia) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | l) przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| f) udar mózgu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ł) nosicielstwo wirusa HIV, pełnoobjawowy AIDS | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| g) nowotwór złośliwy | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |

inne (jakie)

Jeśli na pytanie nr 10 udzielono odpowiedzi twierdzącej, proszę o podanie szczegółów

Nieprawidłowości zdrowotne	Data pierwszych objawów/ data rozpoznania choroby	Dane odnośnie przebiegu choroby, sposobu leczenia, rodzaju przyjmowanych leków, zalecenia dotyczące dalszego leczenia

VII. Decyzja o warunkach zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego

	Nazwa ubezpieczenia dodatkowego	Warunki standardowe	Warunki ponadstandardowe	
			Zwyżka składki	Kl. ryzyka/ odmowa
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (NW)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym (WK)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (TI)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie przejęcia obowiązku opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (TN)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (ZK)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby (CC)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych (OP)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego (LS)	<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		%
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		%

- -
 Data

Pieczęć imienna i podpis underwritera

¹⁾ proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)