Allianz

Wniosek o zmiany w umowie ubezpieczenia Twoje Życie

Polisa nr

L058

UBEZPIECZAJĄCY

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r) – –

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r) – –

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy –

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

UBEZPIECZONY

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r) – –

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r) – –

Adres zamieszkania – o ile uległ zmianie

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy –

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

ZYZUTZ-W04 12/23

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych).

Indeksacja składki

☐ Rezygnacja z indeksacji w najbliższym roku polisowym

☐ Rezygnacja z indeksacji do odwołania

Umowa	Zmiana	Rozwiązanie umowy
Umowa Główna – suma ubezpieczenia w okresie podwyższonej ochrony (dotyczy Ubezpieczonego Głównego)	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	nie dotyczy
Umowa Główna	Wypowiedzenie Umowy Głównej dla jednego Ubezpieczonego Głównego	☐
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Kalectwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Koszty leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Koszty operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po nieszczęśliwym wypadku	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
Niezdolność do pracy	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
„Na Zdrowie”	Poziom świadczeń ☐ I ☐ II ☐ III	
	Świadczenie lekowe ☐	
Poważne zachorowanie	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
„Bądź zdrów”	Nie dotyczy	☐
Umowa z rachunkiem jednostek UFK	Zmiana wysokości Regularnej Składki Kapitałowej na: ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐
	Rozwiązanie umowy	☐
„Dla Aktywnych”	Nie dotyczy	☐
Ubezpieczenie Składki	Nie dotyczy	☐
Zagraniczna druga opinia medyczna	Nie dotyczy	☐
Leczenie za Granicą	Nie dotyczy	☐
Terminowe ubezpieczenie na życie (nie dotyczy Ubezpieczonego Głównego)	Suma ubezpieczenia ☐☐☐☐☐☐☐ zł	☐

Data (d-m-r) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Podpis Ubezpieczającego

INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

Należy wypełnić dla podwyższenia sum na umowach: śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, kalectwo wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność do pracy, poważne zachorowanie

Wykonywany zawód

Nr zawodu

Obsługa wózka widłowego, maszyn budowlanych ☐ TAK ☐ NIE Klasa ryzyka

Prace na wysokościach ☐ TAK ☐ NIE maks. wysokość w m

Czynności fizyczne, obsługa maszyn przemysłowych, rolniczych, pojazdów prowadzonych w ramach pracy zawodowej ☐ TAK ☐ NIE

Szczegółowy opis zawodu, w tym opis czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn oraz typu i ładowności pojazdów prowadzonych w ramach pracy zawodowej.

I. Wywiad medyczny

1.	**Wzrost i waga** Wzrost cm Waga kg						
	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy Pana/i waga zmieniła się o co najmniej 5 kg? ☐ TAK ☐ NIE Przyrost: kg Utrata: kg						
	Powód przyrostu/utraty wagi						
2.	**Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony(-a) lub rozpoznano u Pana(-i) jakąkolwiek z wymienionych chorób:** W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z poniższych pytań prosimy o podanie szczegółów oraz prosimy zaznaczyć właściwe: A – choroba aktualnie leczona, B – leczenie choroby zakończone, C – choroba dotychczas nieleczona						
		TAK	NIE	Nazwa choroby, data rozpoznania, przebieg i stosowane leczenie, data zakończenia leczenia, dane lekarza, pod którego opieką Pan(i) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
a	padaczkę, niedowład, nagłą utratę przytomności, występowanie nieskoordynowanych ruchów, sztywność karku, stwardnienie rozsiane lub inną chorobę demielinizacyjną, polineuropatię, chorobę naczyniową układu nerwowego, dystrofię mięśniową, zapalenie centralnego układu nerwowego lub uszkodzenie nerwów obwodowych?	☐	☐		☐	☐	☐
b	zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia na podłożuorganicznym, zaburzenia rozwoju psychicznego, schizofrenia, upośledzenieumysłowe lub inne)?	☐	☐		☐	☐	☐
c	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana(-ni) choroby układu oddechowego: przewlekłą obturacyjną chorobę płuc lub COVID-19 (zakażenie koronawirusemSARS-CoV-2), astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej, inne choroby układu Badu oddechowego?	☐	☐		☐	☐	☐
d	udar mózgu, wylew krwi do mózgu, chorobę niedokrwienną serca, bóle w klatce piersiowej, wadę serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi lub inną chorobę serca lub układu krążenia?	☐	☐		☐	☐	☐
e	nawracające stany biegunkowe, przewlekłą niestrawność, chorobę wrzodową żołądka lub chorobę wrzodową dwunastnicy, chorobę wątroby, chorobę pęcherzyka żółciowego, chorobę trzustki, zaburzenia czynności jelit lub inną chorobę układu pokarmowego?	☐	☐		☐	☐	☐
f	cukrzycę, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższony cholesterol, trójglicerydy), chorobę tarczycy, chorobę przytarczyc, chorobę nadnerczy, chorobę przysadki mózgowej?	☐	☐		☐	☐	☐
g	choroby nerek (kamicę nerkową, zapalenie nerek, niewydolność nerek lub inne), choroby pęcherza lub choroby cewki moczowej?	☐	☐		☐	☐	☐
h	nowotwór łagodny lub złośliwy, w tym nowotwór krwi?	☐	☐		☐	☐	☐
i	chorobę reumatyczną, toczeń układowy, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, bóle kręgosłupa, dyskopatię lub inne dolegliwości narządów ruchu?	☐	☐		☐	☐	☐
j	chorobę skóry?	☐	☐		☐	☐	☐

k	wadę lub chorobę narządu wzroku, chorobę uszu lub zaburzenia słuchu?	☐	☐	Rozpoznanie Dioptrie Lewe ___ Prawe ___	☐	☐	☐
l	wadę wrodzoną lub chorobę dziedziczną?	☐	☐		☐	☐	☐
ł	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) lub aktualnie ma: – objawy chorobowe, takie jak: bóle brzucha lub głowy o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych? – inne objawy na tyle niepokojące, że zgłosił(a) się Pan(i) lub ma zamiar zgłosić się do lekarza lub na badania, w tym na wykonanie testu na obecność koronawirusa SARS-CoV-2?	☐	☐		☐	☐	☐
m	Czy kiedykolwiek rozpoznano: – u Pani – chorobę ginekologiczną (endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków lub inne), – u Pana – chorobę gruczołu krokowego (przerost gruczołu krokowego lub inne)?	☐	☐		☐	☐	☐
3.	**Dodatkowe informacje**	TAK	NIE				
a	Czy w okresie ostatnich 10 lat był(a) Pan(i) przyjęty(-ta) do szpitala/izolatorium lub miał(a) Pan(i) zabieg chirurgiczny w placówce medycznej lub przebywał lub aktualnie przebywa na kwarantannie?	☐	☐	Z jakiego powodu? od ___ do ___			
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny, chirurgiczny, konsultację lekarską lub wyniki badań diagnostycznych?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu?			
c	Czy w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat przyjmował(a) Pan(i) lub przyjmuje leki z zalecenia lekarza dłużej niż 30 kolejnych dni?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? Nazwy leków			
d	Czy w okresie ostatnich 3 lat wykonywał(a) Pan(i) badania laboratoryjne, obrazowe lub czynnościowe, których wynik wymagał dalszej obserwacji, diagnostyki lub leczenia? UWAGA! W przypadku testu na obecność koronawirusa SARS-CoV-2 należy dołączyć wyniki wszystkich wykonanych testów.	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania?			
e	Czy zaniechał(a) Pan(i) wykonania badań, które zostały zlecone w ciągu ostatnich 3 lat?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania?			
f	Czy w ciągu ostatnich 5 (pięciu) lat odbył(a) Pan(i) badania związane z pracą (okresowe lub wstępne)?	☐	☐	Kiedy i gdzie?			
g	Czy kiedykolwiek Pan(i) korzystał(a) lub był(a) skierowany/-a na konsultacje lekarskie, badania lub leczenie związane z chorobą AIDS lub infekcją HIV?	☐	☐	Kiedy? Z czym było to związane (AIDS, HIV)? Jaki był wynik badania?			
h	Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) lub zostało Panu(-ni) przyznane świadczenie rehabilitacyjne lub renta lub też orzeczono u Pana(-ni) niezdolność do pracy lub jakikolwiek stopień niepełnosprawności?	☐	☐	Stopień niepełnosprawności: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny Rodzaj niezdolności do pracy: ☐ częściowa ☐ całkowita Przyczyna: Kiedy? Jak długo?			
i	Czy przebywa Pan(i) lub w ostatnich 10 latach przebywał(a) Pan(i) na zwolnieniu/ zwolnieniach lekarskich co najmniej 30 kolejnych dni lub też stan zdrowia powoduje lub w ostatnich 10 latach spowodował wyłączenie Pana(-ni) z codziennej, życiowej aktywności przez co najmniej 30 kolejnych dni?	☐	☐	Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu?			
j	Czy kiedykolwiek Pan(i) palił(a) papierosy lub e-papierosy?	☐	☐	– papierosy dziennie ___ szt. okres palenia papierosów od ___ do ___			
		☐	☐	– e-papierosy dziennie ___ szt. okres korzystania z używki od ___ do ___			
k	Czy pije Pan(i) alkohol?	☐	☐	Rodzaj alkoholu wino: ___ tygodniowe spożycie w kieliszkach (200 ml) piwo: ___ tygodniowe spożycie w kuflach (0,5 l) mocny alkohol powyżej 30%: ___ tygodniowe spożycie w kieliszkach (50 ml)			
l	Czy był(a) Pan(i) leczony(-na) lub zalecono Panu(-ni) leczenie z powodu nadużywania alkoholu?	☐	☐	Kiedy? Jak długo? Kiedy zakończono leczenie?			

ł	Czy zażywa lub zażywał(a) Pan(i) narkotyki, inne środki odurzające lub substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze) lub był(a) Pan(i) w związku z tym leczony(-na) lub zalecono Panu(-ni) leczenie?	☐	☐	Jakie? Jak długo? Kiedy po raz ostatni?
m	Czy ktoś z grona Pana(ni) naturalnych rodziców lub rodzeństwa chorował lub choruje lub zmarł na cukrzycę, nowotwór złośliwy, chorobę niedokrwienną serca, zawał serca, kardiomiopatię, wylew krwi do mózgu, torbielowatość nerek, porfirię, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, dystrofię mięśniową, stwardnienie rozsiane, chorobę neuronu ruchowego, pląsawicę Huntingtona lub rodzinną polipowatość jelit?	☐	☐	Stopień pokrewieństwa? W jakim wieku rozpoznano chorobę? Z jakiego powodu?
n	Czy zawarł(a) Pan(i) w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy lub oczekuje Pan(i) na zawarcie jakiejkolwiek umowy ubezpieczenia na życie, w tym lub innym towarzystwie ubezpieczeniowym (z wyjątkiem niniejszego wniosku)?	☐	☐	Nazwa towarzystwa
o	Czy kiedykolwiek Pana(-ni) wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczony lub zaproponowano Panu(-ni) zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach?	☐	☐	Nazwa towarzystwa: Powód: ☐ Odroczony ☐ Odrzucony ☐ Zmienione warunki
p	Czy uprawia Pan(i) zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub uprawia Pan(i) sport wyczynowo lub zawodowo - w rozumieniu definicji przyjętych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia? Jeśli tak, prosimy dołączyć do wniosku stosowną ankietę, odznaczyć fakt jej dołączenia w polu „Inne" na 1 stronie niniejszego wniosku oraz podać nazwę ankiety w sekcji „UWAGI".	☐	☐	Rodzaj:
r	Czy przebywał(a) Pan(i) w okresie ostatnich 12 miesięcy lub zamierza przebywać poza Polską dłużej niż 30 kolejnych dni?	☐	☐	Miejsce i cel pobytu: od ____ do ____

3. Dane lekarza, z którego usług korzysta ubezpieczony lub dane lekarza rodzinnego

Nazwisko i imię lekarza prowadzącego lub rodzinnego

Nazwa i adres państwowej lub prywatnej placówki medycznej, w której przyjmuje lekarz prowadzący lub rodzinny

4. Dodatkowe wyjaśnienia

Nr pytania	Szczegółowe informacje i wyjaśnienia

Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe, zgodne z moją najlepsza wiedzą i są przekazane w dobrej wierze.

Dodatkowa zgoda w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej poważne zachorowanie

Zgadzam się, że jeśli poważne zachorowanie ubezpieczonego wystąpi w okresie pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia, to w takim przypadku świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania jest równe sumie ubezpieczenia, która obowiązywała przed tym podwyższeniem (nie dotyczy poważnych zachorowań spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem).

Data (d-m-r) __ – __ – ____

Podpis Ubezpieczonego / przedstawiciela ustawowego