

Dodatkowa deklaracja o ubezpieczonym i jego stanie zdrowia

Numer polisy

Pole do użytku własnego Allianz

Wznowienie opłacania składek Podwyższenie sumy ubezpieczenia¹ Aktualizacja danych

¹ W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej poważne zachorowanie wymagane jest podpisanie przez ubezpieczonego i ubezpieczającego zgody na 4 stronie deklaracji. Prosimy również o podanie celu (kredyt – kwota i okres kredytu; urodzenie dziecka, zawarcie związku małżeńskiego, inny – określenie celu).

Ubezpieczający (wypełnić tylko w przypadku, gdy ubezpieczający nie jest ubezpieczonym)

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

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) - -

Forma organizacyjna

NIP

Adres zamieszkania/siedziby firmy – o ile uległ zmianie
Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Numer telefonu E-mail

Czy przebywa Pan(i) na zwolnieniu / zwolnieniach lekarskich od co najmniej 30 kolejnych dni lub choroba na co najmniej 30 kolejnych dni wyłączyła Pana(-nią) z codziennej, życiowej aktywności lub zostały Panu(-ni) przyznane świadczenie rehabilitacyjne lub renta? (Dotyczy podwyższenia sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu Nowa Perspektywa z umową dodatkową Ubezpieczenie składki) Tak Nie

Osoba ubezpieczona

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) - -

g	choroby nerek (kamicę nerkową, zapalenie nerek, niewydolność nerek lub inne), choroby pęcherza lub choroby cewki moczowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	nowotwór łagodny lub złośliwy, w tym nowotwór krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	chorobę reumatyczną, toczzeń układowy, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, bóle kręgosłupa, dyskopatię lub inne dolegliwości narządów ruchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	chorobę skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	wadę lub chorobę narządu wzroku, chorobę uszu lub zaburzenia słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozpoznanie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dioptrie: Oko lewe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oko prawe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
l	wadę wrodzoną lub chorobę dziedziczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ł	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i): – 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, które wydawały się na tyle niepokojące, że ma Pan(i) zamiar lub zgłosił(a) się Pan(i) do lekarza lub na badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Czy kiedykolwiek rozpoznano: – u Pani – chorobę ginekologiczną (endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków lub inne), – u Pana – chorobę gruczołu krokowego (przerost gruczołu krokowego lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Dodatkowe informacje	TAK	NIE				
a	Czy w okresie ostatnich 10 lat był(a) Pan(i) przyjęty(-ta) do szpitala lub miał(a) Pan(i) zabieg chirurgiczny w placówce medycznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z jakiego powodu? Kiedy? Jak długo trwał(y) pobyt(y) w szpitalu? _____			
				od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny, chirurgiczny, konsultację lekarską lub wyniki badań diagnostycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy ma się odbyć zabieg/konsultacja i z jakiego powodu? Jakie badania diagnostyczne? _____			
c	Czy w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat przyjmował(a) Pan(i) lub przyjmuje leki z zalecenia lekarza dłużej niż 30 kolejnych dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Okres przyjmowania leków? 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania? _____			
e	Czy zaniechał(a) Pan(i) wykonania badań, które zostały zlecone w ciągu ostatnich 3 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy zlecone? Z jakiego powodu? Jakie badania? _____			
f	Czy w ciągu ostatnich 5 (pięciu) lat odbył(a) Pan(i) badania związane z pracą (okresowe lub wstępne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy i gdzie? _____			
g	Czy kiedykolwiek Pan(i) korzystał(a) lub był(a) skierowany(-na) na konsultacje lekarskie, badania lub leczenie związane z chorobą AIDS lub infekcją HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z czym było to związane (AIDS, HIV)? Jaki był wynik badania? _____			
h	Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) lub zostały Panu(-ni) przyznane świadczenie rehabilitacyjne lub renta lub też orzeczono u Pana(-ni) niezdolność do pracy lub jakikolwiek stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Rodzaj niezdolności do pracy: <input type="checkbox"/> częściowa <input type="checkbox"/> całkowita Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? _____			

3. Deklaracje i zgody

A. Oświadczam, że wszelkie informacje podane powyżej są prawdziwe, zgodne z moją najlepszą wiedzą i są przekazane w dobrej wierze.

Jednocześnie wyrażam zgodę na poniższe (dotyczy wyłącznie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej poważne zachorowanie):

W dodatkowej umowie ubezpieczenia w razie poważnego zachorowania, jeśli poważne zachorowanie Ubezpieczonego wystąpi w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej, licząc od dnia niniejszego podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, to w takim przypadku świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będzie równe tej sumie ubezpieczenia w wysokości obowiązującej przed niniejszym podwyższeniem.

Data (d-m-r)

 - -

Podpis Ubezpieczonego / przedstawiciela ustawowego

B. Wyrażam zgodę na poniższe (dotyczy wyłącznie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej poważne zachorowanie):

W dodatkowej umowie ubezpieczenia w razie poważnego zachorowania, jeśli poważne zachorowanie Ubezpieczonego wystąpi w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej, licząc od dnia niniejszego podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, to w takim przypadku świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będzie równe tej sumie ubezpieczenia w wysokości obowiązującej przed niniejszym podwyższeniem.

Data (d-m-r)

 - -

Podpis Ubezpieczającego

UWAGA

Dane i informacje zawarte w treści formularza są uważane za aktualne przez 3 miesiące od daty jego wypełnienia.