

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

Pocztą

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)

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy Poczta Kraj

Numer telefonu E-mail

Wykonywany zawód _____ Nr zawodu _____

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

Czynności fizyczne ☐ TAK ☐ NIE

Obsługa wózka widłowego, maszyn budowlanych, przemysłowych, rolniczych	☐ TAK	☐ NIE	Klasa ryzyka zawodowego
--	------------------------------	------------------------------	-------------------------

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						
a	Wzrost cm		b	Waga kg			
c	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy Pana(i) waga zmieniła się o co najmniej 5 kg? ☐ TAK ☐ NIE Przyrost: kg Utrata: kg						
	Powód przyrostu/utrąty 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 opieką którego Pan(i) pozosta- wał(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 podłożu orga- nicznym, zaburzenia rozwoju psychicznego, schizofrenia, upośledzenie umysłowe lub inne)?	☐	☐	 	☐	☐	☐
c	przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej lub inną chorobę układu 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 wrzodo- wą 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, trójgli- cerydy), chorobę tarczycy, chorobę przytarczyc, chorobę nadnerczy, chorobę przysadki mózgowej?	☐	☐	 	☐	☐	☐

g	choroby nerek (kamica 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, tocznię układową, 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: Oko lewe Oko prawe	☐	☐	☐
l	wadę lub chorobę wrodzoną?	☐	☐		☐	☐	☐
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?	☐	☐		☐	☐	☐
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 lub miał(a) Pan(i) zabieg chirurgiczny w placówce medycznej?	☐	☐	Z jakiego powodu? Kiedy? Jak długo trwał(y) pobyt(y) w szpitalu? od do			
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny, chirurgiczny, konsultację lekarską lub wyniki badań diagnostycznych?	☐	☐	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?	☐	☐	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?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania? 			
e	Czy zaniechał(a) Pan(i) wykonania badań, które zostały zlecone w ciągu ostatnich 3 lat?	☐	☐	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)?	☐	☐	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?	☐	☐	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?	☐	☐	Stopień niepełnosprawności: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny Rodzaj niezdolności do pracy: ☐ częściowa ☐ całkowita Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? 			

[illegible]

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.