

WNIOSEK O ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA TWOJE ŻYCIE



L058

POLISA NR: _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko / Nazwa firmy _____

Imię _____ PESEL _____ NIP _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail (drukowane litery) _____

UBEZPIECZONY

Nazwisko _____

Imię _____ PESEL _____

Adres korespondencyjny – o ile uległ zmianie _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail (drukowane litery) _____

INDEKSACJA SKŁADKI

Rezygnacja z indeksacji w najbliższym roku polisowym Rezygnacja z indeksacji do odwołania

UMOWA	ZMIANA (WNIOSKOWANA SUMA UBEZPIECZENIA - KWOTA, O JAKĄ MA WZROSNAĆ SU)	ROZWIĄZANIE UMOWY
Umowa Główna – suma ubezpieczenia w okresie podwyższonej ochrony (dotyczy Ubezpieczonego Głównego)	Suma ubezpieczenia _____ zł	nie dotyczy
Terminowe ubezpieczenie na życie (dotyczy Ubezpieczonego)	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Kalectwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Koszty leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Koszty operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po nieszczęśliwym wypadku	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
Niezdolność do pracy	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
„Na Zdrowie”	Poziom świadczeń I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Świadczenie lekowe _____	<input type="checkbox"/>
Poważne zachorowanie	Suma ubezpieczenia _____ zł	<input type="checkbox"/>
„Bądź zdrów”	Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>

Umowa z rachunkiem jednostek UFK	Rozpoczęcie opłacania Regularnej Składki Kapitałowej w wysokości	_____ zł	_____
	Zmiana wysokości Regularnej Składki Kapitałowej na:	_____ zł	_____
	Rezygnacja z opłacania Regularnej Składki Kapitałowej	_____	_____
	Rozwiązanie umowy	_____	_____
	„Dla Aktywnych”	Nie dotyczy	_____
Ubezpieczenie Składki	Nie dotyczy	_____	
Zagraniczna druga opinia medyczna	Nie dotyczy	_____	
Leczenie za Granicą	Nie dotyczy	_____	

Podpis Ubezpieczającego / pieczęć firmy
i podpis osoby upoważnionej do jej reprezentowania

data podpisania

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 _____ numer 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(-ni) waga zmieniła się o co najmniej 5 kg?			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Przyrost: _____ kg	Utrata: _____ kg	
	Powód przyrostu/utruty wagi						
2.	Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony(-na) lub rozpoznano u Pana(-ni) jakkolwiek z wymienionych chorób:						
W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z poniższych pytań prosimy o podanie szczegółów oraz prosimy zaznaczyć właściwie: 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(-ła)/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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia na podłożu organicznym, zaburzenia rozwoju psychicznego, schizofrenia, upośledzenie umysłowe lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana(-ni) choroby układu oddechowego: przewlekłą obturacyjną chorobę płuc lub COVID-19 (zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2), astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej, inne choroby układu Bada oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	cukrzycę, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższony cholesterol, trójglicerydy), chorobę tarczycy, chorobę przytarczyc, chorobę nadnerczy, chorobę przysadki mózgowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, tocznię układową, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczaniową, 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 Dioptrie Lewe <input type="checkbox"/> Prawe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) 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?	<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/izolatorium lub miał(a) Pan(i) zabieg chirurgiczny w placówce medycznej lub przebywał lub aktualnie przebywa na kwarantannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z jakiego powodu? od <u>d d m m r r r r r</u> do <u>d d m m r r r r r</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny, chirurgiczny, konsultację lekarską lub wyniki badań diagnostycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	Kiedy? Z jakiego powodu? Nazwy leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Czy zaniechał(a) Pan(i) wykonania badań, które zostały zlecone w ciągu ostatnich 3 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z czym było to związane (AIDS, HIV)? Jaki był wynik badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stopień niepełnosprawności: lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> Rodzaj niezdolności do pracy: częściowa <input type="checkbox"/> całkowita <input type="checkbox"/> Przyczyna: Kiedy? Jak długo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Czy kiedykolwiek Pan(i) palił(a) papierosy lub e-papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- papierosy dziennie <input type="checkbox"/> szt. <input type="checkbox"/> okres palenia papierosów od <u>r r r r r</u> do <u>r r r r r</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- e-papierosy dziennie <input type="checkbox"/> szt. <input type="checkbox"/> okres korzystania z używki od <u>r r r r r</u> do <u>r r r r r</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k	Czy pije Pan(i) alkohol?			Rodzaj alkoholu wino: <input type="text"/> tygodniowe spożycie w kieliszkach (200 ml) piwo: <input type="text"/> tygodniowe spożycie w kufiach (0,5 l) mocny alkohol powyżej 30%: <input type="text"/> 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 niedokrwinną serca, zawał serca, kardiomiopatię, wylew krwi do mózgu, torbielowatość nerek, porfirię, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, dystrofię mięśniową, stwardnienie rozsiane, chorobę neuronu ruchowego, płasawicę 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 jakiegokolwiek 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, odroczone lub zaproponowano Panu(-ni) zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach?			Nazwa towarzystwa: Powód: Odroczony <input type="checkbox"/> Odrzucony <input type="checkbox"/> Zmienione warunki <input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/> do <input type="text"/>

II. 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

III. Dodatkowe wyjaśnienia

Nr pytania

Szczegółowe informacje i wyjaśnienia

.....
.....
.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe, zgodne z moją najlepszą 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).

Podpis Ubezpieczonego / przedstawiciela ustawowego