

| Pytanie | Nie | Tak | Szczegółowe informacje |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| g) padaczki, niedowładów lub porażień, stwardnienia rozsianego, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowych, płasawicy Huntingtona, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zapalenia mózgu; zaburzeń psychicznych, nerwicy, depresji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| h) chorób układu kostno-stawowego: reumatoidalnego zapalenia stawów, zwyrodnienia stawów, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, dyskopatii | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i) chorób krwi i układu krwiotwórczego: białaczki, zespołu mielodysplastycznego, czerwienicy prawdziwej, pierwotnego włóknienia szpiku, mastocytozy, hemoglobinopatii, chłoniaka nieziarnicznego, chłoniaka Hodgkina, szpiczaka, skazy krwotocznej, niedokrwistości, niedoborów odporności, stanu nadkrzepliwości (trombofilia), nadpłytkowości samoistnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| j) nowotworów złośliwych lub nowotworów łagodnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| k) chorób oczu i uszu: wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jaskry, zaćmy, chorób nerwu wzrokowego, upośledzenia słuchu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rodzaj choroby: Liczba dioptrii: prawe oko _____, lewe oko _____ Utrata słuchu: prawe ucho _____, lewe ucho _____ Powód utraty słuchu: _____ |
| 3. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przebywał Pan/przebywała Pani w szpitalu w celu diagnostyki lub leczenia albo miał Pan/miała Pani zabieg chirurgiczny w placówce medycznej? Pytanie nie dotyczy leczenia urazów lub złamań kończyn oraz – w przypadku kobiet – pobytu w szpitalu w związku z ciążą i porodem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie powodu hospitalizacji, daty pobytu oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej, wyników badań, konsultacji. |
| 4. Czy oczekuje Pan/Pani na konsultację lekarską (z wyjątkiem ciąży) lub zabieg operacyjny? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli tak, prosimy o podanie kiedy, rodzaju zabiegu/konsultacji i z jakiego powodu. |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przyznano Panu/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy lub orzeczono niepełnosprawność? Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (z wyjątkiem leczenia następstw urazu wynikających ze złamania kończyny lub opieki nad członkiem rodziny oraz ciąży u kobiet)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie: – z jakiego powodu, od kiedy i na jak długo, która grupa renty lub jaki stopień niepełnosprawności został przyznany. – liczby dni, powodu i terminu zwolnienia lekarskiego. |
| 6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wyniki wykonanych przez Pana/Panią badań diagnostycznych były nieprawidłowe : echo serca, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MRI) piersi i innych części ciała, USG, RTG, EKG? Czy obecnie oczekuje Pan/Pani na ww. badania lub wyniki ww. badań? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie daty badania, powodu wykonania, rodzaju badania, jakiego narządu dotyczy badanie i jakie nieprawidłowości stwierdzono. |
| 7. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani zakażenie wirusem HIV bądź czy oczekuje Pan/Pani obecnie na wynik testu na obecność wirusa HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie czy stwierdzono zakażenie wirusem HIV lub czy czeka Pan/Pani na wynik testu? Kiedy? |
| 8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był Pan/Pani leczony/a lub kierowany/a na leczenie z powodu nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie powodu leczenia, ile czasu trwała terapia i kiedy została zakończona. Ilość i rodzaj wypijanego tygodniowo alkoholu w czasie nadużywania oraz obecnie. Ilość i rodzaj zażywanych środków. |
| 9. Czy pali Pan/Pani papierosy lub palił/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie ilości wypalanych dziennie papierosów. |
| 10. Czy obecnie przebywa Pan/Pani lub w najbliższym czasie planuje przebywać za granicą dłużej niż 4 tygodnie w ciągu roku (za wyjątkiem pobytu w krajach Unii Europejskiej, Islandii, Norwegii, Szwajcarii oraz Australii, USA, Kanady)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwy kraju, celu wyjazdu i planowanego czasu pobytu. Jeżeli celem wyjazdu jest praca, prosimy o podanie rodzaju i opisu wykonywanej pracy. |
| 11. Z usług jakiej placówki medycznej korzysta Pan/Pani obecnie? | | | Nazwa placówki: _____ Adres: _____ Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: _____ |

Oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia (2)

przy zawieraniu umowy dodatkowej Allianz Best Doctors wraz z umową główną z sumą powyżej 5 000 zł i/lub umowami dodatkowymi chorobowymi (DPZ/DPZR, PWSR, LOPR, ADL, DWR2).

(Wypełnienie poniższego oświadczenia konieczne jest tylko i wyłącznie w przypadku zawierania umowy dodatkowej Allianz Best Doctors)

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania poprzez wstawienie X w rubrykę TAK lub NIE.

| Pytanie | Nie | Tak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono jakiegokolwiek leczenie w związku z następującymi chorobami, jakąkolwiek z poniższych zmian: – zmianą przedrakową, – guzem o granicznej złośliwości, – dysplazją dużego stopnia, – poziomem markera nowotworowego we krwi PSA równym 4.0 ng/ml lub wyższym, – nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej dużego stopnia (CIN3+), – nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), – nadczynnością tarczycy, – obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i/lub żołądku, – znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji, w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi/ wyjaśnione – guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/ podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, poziomu wapnia lub markerów nowotworowych)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy przeszczepiono lub zalecono Panu/Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dodatkowe wyjaśnienia: | | |

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz oświadczeniu o stanie zdrowia są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Ubezpieczający

Seria i nr dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis

Data

Ubezpieczony

Seria i nr dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis

Data

Agent/ Broker/ Osoba Fizyczna Wykonująca Czynności Agencyjne

Pieczęć Agenta/Brokera

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

Data