

(pole do użyciu Avivy)



L065

DODATKOWA DEKLARACJA O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

NUMER POLISY

WZNOWIENIE OPŁACANIA SKŁADEK

PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA*/**

AKTUALIZACJA DANYCH

* W PRZYPADKU PODWYŻSZENIA SUMY UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ POWAŻNE ZACHOROWANIE WYMAGANE JEST PODPISANIE PRZEZ UBEZPIECZONEGO I UBEZPIECZAJĄCEGO ZGODY NA 4 STRONIE DEKLARACJI

** W PRZYPADKU PODWYŻSZENIA, PROSIMY 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/

NAZWISKO /NAZWA FIRMY

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL

OSOBA UBEZPIECZONA

NAZWISKO

IMIĘ / IMIONA

NUMER PESEL

1. ZAWÓD /NIE DOTYCZY DZIECKA/

WYKONYWANY ZAWÓD

NUMER ZAWODU

PRACE NA WYSOKOŚCIACH

MAKS. WYSOKOŚĆ W M

CZYNNOŚCI FIZYCZNE

OBSŁUGA WÓZKA WIDŁOWEGO,
MASZYN BUDOWLANYCH,
PRZEMYSŁOWYCH, ROLNICZYCH

KLASA RYZYKA
ZAWODOWEGO NNW

/DOT. UMOWY DODATKOWEJ
„NA WYPADEK”/

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

2. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. Wywiad medyczny							
1. Wzrost i waga							
a	Wzrost	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	b Waga	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
c	Czy waga uległa zmianie w ciągu ostatnich 12 m-cy?	TAK	<input type="text"/>	NIE	<input type="text"/>	Przyrost: <input type="text"/> kg Utrata: <input type="text"/> kg	
	Powód przyrostu/ utraty wagi:						
2. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana / Pani							
W przypadku udzielenie 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) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
a	niedowład, padaczkę, nagłe utraty przytomności, występowanie nieskoordynowanych ruchów, sztywność karku, choroby demielinizacyjne, polineuropatię, choroby naczyniowe układu nerwowego, zapalenie centralnego układu nerwowego lub uszkodzenie nerwów obwodowych?	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej lub inną chorobę układu oddechowego?	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ c. d.

	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana / Pani	TAK	NIE	nazwa choroby, data rozpoznania, przebieg i stosowane leczenie, data zakończenia leczenia, dane lekarza, pod opieką którego Pan(i) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
d	chorobę niedokrwienną serca, występowanie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, wady serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi lub inne choroby 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 dwunastnicy, choroby wątroby, choroby pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki lub zaburzenia czynności jelit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	cukrzycę, śpiączkę cukrzycową, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższony cholesterol, trójglicerydy), choroby tarczycy, choroby przytarczyc, choroby nadnerczy lub choroby 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	nowotwory łagodne lub złośliwe, w tym nowotwór krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	chorobę reumatyczną, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, dolegliwości bólowe kręgosłupa lub inne dolegliwości narządów ruchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	choroby skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	wady lub choroby narządu wzroku, choroby uszu lub zaburzenia słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozpoznanie: Dioptrie: Oko lewe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oko prawe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	wady wrodzone lub choroby dziedziczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ł	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy wystąpiły u Pana/-i jakiegokolwiek objawy chorobowe pod postacią powiększenia węzłów chłonnych, zaburzeń rytmu serca, duszności, bólów brzucha lub głowy o niewyjaśnionej przyczynie, o których istnieniu wiedział/-a Pan/-i i w związku z którymi zgłosił/-a się Pan/-i do lekarza w celu wdrożenia diagnostyki i /lub leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Czy kiedykolwiek rozpoznano: – u Pani – choroby ginekologiczne (endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków lub inne), – u Pana – choroby 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 kiedykolwiek przebywał(a) Pan(i) w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia lub poddał się Pan(i) zabiegowi chirurgicznemu w warunkach ambulatoryjnych (nie dotyczy usunięcia haluksów, zabiegów stomatologicznych, operacji przegrody nosa, usunięcia migdałków, przepukliny brzusznej, przepukliny pachwinowej, operacji usunięcia wyrostka robaczkowego)?	<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"/> 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"/>			
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny lub chirurgiczny lub 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 przyjmował(a) Pan(i) lub przyjmuje leki z zalecenia lekarza przez okres dłuższy niż 15 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Okres przyjmowania leków? Z jakiego powodu? Nazwy leków?			
d	Czy 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 laboratoryjnych, obrazowych lub czynnościowych, 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?			

