

Krótką ankietę medyczną



1. W ciągu **ostatnich 5 lat** nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/ am się z powodu: wady serca, choroby serca, przewlekłego zapalenia trzustki, przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek, niewydolności nerek, zapalenia wątroby, niewydolności wątroby, marskości wątroby, cukrzycy typu I insulinozależnej, nowotworu o charakterze złośliwym (w tym: guza mózgu, białaczki, chłoniaka, czerniaka, ziarnicy złośliwej, czyli choroby Hodgkina, złośliwego nowotworu szpiku kostnego), stwardnienia rozsianego (SM), udaru mózgu, tętniaka mózgu lub aorty, paraliżu, zaburzeń psychicznych, przewlekłej niewydolności oddechowej, choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, toczenia rumieniowatego układowego, twardziny układowej, choroby Alzheimera, choroby Parkinsona, choroby Creutzfelda-Jacoba, stwardnienia zanikowego bocznego, chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego, zakażenia wirusem HIV.
2. W ciągu **ostatnich 5 lat** nie byłem/am ani obecnie nie jestem: uzależniony/a, leczony/a, hospitalizowany/a ani kierowany/a na leczenie z powodu nadużywania/uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych.
3. W ciągu **ostatnich 12 miesięcy**:
 - nie byłem/am niezdolny/a do pracy przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni,
 - nie przebywałem/ am w szpitalu w celu diagnostyki ani leczenia.Oświadczenie nie dotyczy: leczenia złamań/skręceń kończyn, operacji przepukliny pachwinowej, opieki nad członkiem rodziny, zwolnień lekarskich i hospitalizacji związanych z ciążą/porodem/położeniem. Nie otrzymałem także wskazań do leczenia szpitalnego ani operacyjnego.
4. W ciągu **ostatnich 6 miesięcy** nie wykonywałem/am ani nie zalecono mi wykonania badań diagnostycznych ani konsultacji lekarskich w związku z:
 - nieprawidłowymi wynikami badań,
 - występowaniem któregośkolwiek z objawów chorobowych: bóle brzucha lub głowy, bóle w klatce piersiowej, powiększenie węzłów chłonnych, guzek w piersi lub w jądrach, napady drgawkowe lub omdlenia/utrata przytomności, zaburzenia równowagi, krwiotłucie, obecność krwi w stolcu lub moczu, duszność, przewlekły kaszel, niezamierzona, postępująca utrata wagi.
5. W dniu złożenia tego wniosku:
 - nie przebywam na zwolnieniu lekarskim ani w szpitalu - oświadczenie nie dotyczy leczenia złamań/skręceń kończyn, operacji przepukliny pachwinowej, opieki nad członkiem rodziny, zwolnień lekarskich i hospitalizacji związanych z ciążą/porodem/położeniem,
 - nie przebywam w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum (także domowym), ośrodku opieki dla przewlekle chorych, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego,
 - nie mam orzeczonej niezdolności do pracy ani niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym, nie ubiegam się również o takie orzeczenia,
 - nie otrzymuję świadczenia rehabilitacyjnego, ani nie ubiegam się o nie.

Jeżeli odpowiedź brzmi „NIE”, nie możemy zawrzeć tej umowy ubezpieczenia.

Prosta 0-1
ankieta