**PAKIET SENIOR MINI MIDI MAXI**

DANE POTRZEBNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

IMIĘ I NAZWISKO…………………………………………… ADRES ZAMIESZKANIA ………………………….……………

ADRES KORESPONDENCYJNY…………………………………………………………………………………………………………….

E-MAIL………………………………………….NR TEL……………………….…....OBYWATELSTWO………………….

PAŃSTWO I MIEJSCE URODZENIA…………………………………………….PESEL……………………………

SERIA I NR DOW.OS…………………………………………….

UPOSAŻENI IMIĘ NAZWISKO I PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………

WYBRANY WARIANT UBEZPIECZENIA……………………………………………

1.Czy rozpoznano u Pani/Pana zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, manifestująca się świeżymi zmianami w zapisie EKG, podwyższeniem enzymów nekrotycznych, akinezą ściany mięśnia sercowego oraz innymi objawami klinicznymi zawału? 

2.Czy rozpoznano u Pani/Pana udar mózgu - trwałe zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem, manifestujące się neurologicznymi zmianami ogniskowymi? 

3.Czy rozpoznano u Pani/Pana nowotwór złośliwy - niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, z możliwością naciekania tkanek i narządów oraz tworzenia przerzutów? 

4.Czy rozpoznano u Pani/Pana POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc) - progresywne zaburzenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zależne od przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli lub od rozedmy (stwierdzone w spirometrii)? 

5.Czy rozpoznano u Pani/Pana cukrzycę insulinozależną - choroba przemiany materii wynikająca z niedoboru insuliny, manifestująca się obecnością cukru i ciał ketonowych w moczu, podwyższonym poziomem cukru we krwi, wymagająca leczenia insuliną? 

6.Czy rozpoznano u Pani/Pana przewlekłą niewydolność nerek - trwająca kilka miesięcy (więcej niż 1 miesiąc) choroba obu nerek, niezależnie od przyczyny, manifestująca się zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej? 

7.Czy rozpoznano u Pani/Pana HIV i/lub HCV - potwierdzona badaniem krwi obecność ludzkiego wirusa upośledzenia odporności (HIV) i/lub wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV)? 

8.Czy rozpoznano u Pani/Pana ZZA i/lub ZUA (zespół zależności alkoholowej, zespól uzależnienia alkoholowego) - przewlekłe, wieloletnie spożywanie alkoholu, powodujące szkodliwe następstwa zdrowotne, np. zaburzenia świadomości i procesów poznawczych oraz choroby somatyczne (np. marskość wątroby, zapalenie trzustki, żylaki przełyku)? 

9.W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wagi w kg: 

10.W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wzrostu w cm: 11.Czy jest Pani/Pan pensjonariuszem hospicjum? 

12.Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne chemioterapią - metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu? 

13.Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne radioterapią - metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zewnętrznym oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu? 

14.Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne brachyterapią - odmiana radioterapii polegająca na umieszczeniu źródeł promieniotwórczych w obrębie guza nowotworowego lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie? 

15.Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne interferonoterapią - metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA? 

16.Czy orzeczono u Pani/Pana niepełnosprawność w stopniu znacznym (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) lub umiarkowanym (całkowita niezdolność do pracy)? 

17.Czy jest Pani/Pan biorcą świadczenia rentowego związanego z Pani/Pana stanem zdrowia? 18.Czy kiedykolwiek odmówiono Pani/Panu zawarcia umowy ubezpieczenia z powodów medycznych? 

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r.** |  |