



Instrukcja postępowania

Prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją.

1. Kwestionariusz Medyczny należy wypełnić w przypadku chęci podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko poważnego zachorowania (PZ) lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (NP).
2. Kwestionariusz Medyczny dotyczy Ubezpieczenia z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie, Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie oraz Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie.
3. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku.
4. W kolumnach zatytułowanych „TAK”, „NIE” należy do odpowiedniej kolumny wstawić znak „X”.
5. W przypadku zaznaczenia kolumny „TAK”, w kolumnie „KOMENTARZ” należy podać dodatkowe informacje.
6. Kwestionariusz Medyczny należy przesłać wraz z Wnioskiem o dokonanie zmian danych ubezpieczeniowych na co najmniej 60 dni przed rocznicą polisy pod adres email: obsługa@cardif.pl lub pocztą pod adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9⁰⁰ do 17⁰⁰ pod numerem telefonu: 801 801 111 lub 22 319 0000.

Dane Ubezpieczonego

Imię _____		Nazwisko _____																					
PESEL <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												Numer polisy <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
PYTANIE		TAK	NIE	KOMENTARZ																			
1) Czy jest Pan(i) osobą niepełnosprawną (czy posiada Pan(i) rentę inwalidzką)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2) Czy chorował(a) Pan(i) w przeszłości lub choruje obecnie na chorobę (dotyczy również posiadania wady): układu krążenia, pokarmowego, oddechowego, moczowo - pociowego, nerwowego, kostno - stawowo - mięśniowego, krwiotwórczego (choroby krwi np. białaczka, czerwienica itp.), chorobę gruczołów wydzielania wewnętrznego (np. cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.), chorobę nowotworową, psychiczną, choroby metabolizmu lub inne poważne schorzenie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
3) Czy przechodził(a) Pan(i) badania lekarskie, których wyniki wykazały odchylenia od normy, wymagające stosowania diety lub kontroli (badania laboratoryjne, EKG, USG, testy wykrywające choroby lub inne badania)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4) Czy w ciągu ostatnich 5 lat był(a) Pan(i) leczony(a) (regularne przyjmowanie jednego lub więcej leków przez co najmniej 30 kolejnych dni, radioterapia, chemioterapia lub inne leczenie farmakologiczne)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
5) Czy w ciągu ostatnich 5 lat był(a) Pan(i) lub będzie w najbliższej przyszłości hospitalizowany(-a) przez okres dłuższy niż kolejne 5 dni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
6) Czy w ciągu ostatnich 5 lat miał(a) Pan(i) lub ma obecnie przerwę w działalności zawodowej ze wskazania lekarza przez kolejnych 30 dni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
7) Czy w ciągu ostatnich 5 lat Pana(i) wniosek o ubezpieczenie był odrzucony, odroczone lub zmieniony przez jakąkolwiek inną firmę ubezpieczeń na życie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
8) Czy Pan(i) pali obecnie lub palił(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy papierosy, fajkę, cygara? (ile sztuk dziennie)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Waga (w kg): <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Wzrost (w cm): <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		
Data _____		Podpis Ubezpieczonego _____																					

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, tel. 801 801 111 lub +48 22 319 0000, fax + 48 22 529 0101, NIP 525-20-30-109

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866

Kapitał akcyjny wynosi 37 692 310 zł i jest w pełni opłacony.