warta.

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

DANE KLIENTA

IMIĘ, IMIONA _____ *NAZWISKO* _____

DATA URODZENIA _____ *PESEL* _____ *SERIA NR DOK.TOŻSAMOŚCI* _____

OBYWATELSTWO _____ *ZAWÓD WYKONYWANY* _____

TELEFON KONTAKTOWY _____ *E-MAIL* _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

DANE PARTNERA KLIENTA

IMIĘ I NAZWISKO _____ *PESEL* _____

DANE UPRAWNIONYCH DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z TYT.ZGONU KLIENTA

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA	*DATA URODZENIA*	*PESEL/REGON*	*%ŚWIADCZENIA*

WYBÓR WARIANTU – DLA OSÓB *DO 50* R.Ż. _____

DLA OSÓB *DO 50* R.Ż. PAKIET ROZSZERZONY _____

WYBÓR WARIANTU – DLA OSÓB *DO 50* R.Ż. PAKIET VIP _____

WYBÓR WARIANTU – DLA OSÓB *PO 50* R.Ż. _____

DLA OSÓB *PO 50* R.Ż. PAKIET ROZSZERZONY _____

WYBÓR WARIANTU – DLA OSÓB *PO 50* R.Ż. PAKIET VIP _____

WYBÓR WARIANTU DLA CIEBIE 55 PLUS

- 55Plus **71**zł/m-c - 55Plus **S 87**zł/m-c - 55Plus **M 103**zł/m-c - 55Plus **L 119**zł/m-c -55Plus **XL 141**zł/m-c

WYBÓR PAKIETÓW DODATKOWYCH

- Covid-19 (dla osób 18-60rż) **19**zł/m-c
- Onkologiczny (dla osób 18-60rż) **27**zł/m-c (dodatkowe pytania o zdrowie)
- Kardiologiczny (dla osób 18-60rż) **20**zł/m-c (dodatkowe pytania o zdrowie)
- Aktywni (dla osób 18-66rż) **12**zł/m-c
- Dziecko (dla osób 18-66rż) **18**zł/m-c
- Zdrowie Plus (dla osób 18-60rż) **59**zł/m-c (dodatkowe pytania o zdrowie)
- Wypadek (dla osób 18-50rż) **20**zł/m-c
- Druga Opinia Medyczna (dla osób 18-60rż) **5**zł/m-c
- Renta (dla osób 18-56r.ż) s-ka zależna od wieku i czasu wypłaty (dodatkowe pytania o zdrowie)

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Informacje o stanie zdrowia		
1.Czy przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyny dolnej lub górnej, skręcenia lub zwichnięcia kończyny dolnej lub górnej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka)?	TAK	NIE
2.Czy w ciągu ostatniego roku licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 31 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyny dolnej lub górnej, skręcenia lub zwichnięcia kończyny dolnej lub górnej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych ciąży lub porodu lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka)?	TAK	NIE
3.Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w innej placówce zajmującej się opieką nad chorymi, w tym Domu Pomocy Społecznej?	TAK	NIE
4.Czy jest Pan/Pani zakażony/a koronawirusem (SARS-CoV-2/COVID-19), czy przebywa Pan/Pani na kwarantannie, czy zalecono Panu/Pani wykonanie testu na obecność Covid19, czy oczekuje Pan/Pani na wynik testu na obecność Covid19?	TAK	NIE
5.Czy posiada Pan/Pani: uprawnienia do otrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o niezdolności do pracy lub służby (nie dotyczy kategorii zdolności do czynnej służby określanej podczas pierwszej kwalifikacji wojskowej oraz orzeczenia komisji lekarskiej w procesie ubiegania się o powołanie do Wojsk Obrony Terytorialnej) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, oraz czy ubiega się Pan/Pani obecnie lub ubiegał/ła się o wydanie któregokolwiek z nich w ciągu ostatnich 3 lat licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy? Jeśli odpowiedź jest na **TAK** to proszę o odpowiedź na poniższe pytania A,B,C:	TAK	NIE
A.Czy w ciągu ostatnich 10 lat licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy zdiagnozowono u Pana/ Pani, lub leczył/a się Pan/Pani, lub jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub obserwacji z powodu: 1. zawału mięśnia sercowego, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady serca, arytmii serca, choroby naczyń mózgowych w tym udar mózgu i innych przewlekłych chorób układu krążenia; 2. niewydolności nerek, przewlekłej choroby układu moczowego, torbielowatości nerek, przewlekłych stanów zapalnych nerek, choroby nadnerczy, cukrzycy, chorób tarczycy, chorób zakaźnych (za wyjątkiem chorób wieku dziecięcego); 3. astmy, gruźlicy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), rozedmy, sarkoidozy; 4. choroby nowotworowej, guzów, chłoniaków, białaczki; 5. zaburzeń i chorób psychicznych, padaczki, niedowładów, porażeń, depresji, stwardnienia rozsianego (SM), choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, leków i innych substancji toksycznych/odurzających; 6. przewlekłej choroby układu pokarmowego, zapalenia wątroby - wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C, marskości wątroby, choroby trzustki, choroby jelit, choroby krwi w tym HIV, AIDS; 7. choroby układowej tkanki łącznej (np. twardziny, tocznia), reumatoidalnego zapalenia stawów, przewlekłego zapalenia stawów i kości, chorób kręgosłupa leczonych operacyjnie lub wymagających leczenia operacyjnego	TAK	NIE
B.Czy w ciągu ostatnich 5 lat licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy był Pan/Pani leczony/a w szpitalu lub był/a Pan/Pani operowany/a, lub jest obecnie planowany Pana/Pani pobyt w szpitalu lub operacja, z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych, operacji przepukliny brzusznej/pachwinowej, przegrody nosa, złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych lub górnych, usunięcia zęba, ciąży lub porodu?	TAK	NIE
C.Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy odczuwał Pan/Pani którekolwiek z poniższych dolegliwości: bóle w klatce piersiowej, omdlenia, krwioplucie, obecność krwi w stolcu lub moczu, duszność, wyczuwalny guzek lub powiększenie jednego sutka, niewyjaśniona gorączka, niezamierzona i/lub postępująca utrata masy ciała, powiększenie węzłów chłonnych, uporczywy kaszel, powiększenie i/lub krwawienie znamienia skórnego?	TAK	NIE

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dla osób po 55 r.ż.		
Czy w ciągu ostatnich 3 lat licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy zdiagnozowano u Pana/Pani lub leczył/a się Pan/Pani bądź obecnie leczy z powodu: zawału mięśnia sercowego, choroby wieńcowej, miażdżycy tętnic, udaru mózgu, przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), cukrzycy, choroby nowotworowej, guzów, uzależnienia (od alkoholu, narkotyków, leków), przewlekłej choroby wątroby, trzustki, przewlekłej choroby nerek, zaburzenia psychicznego lub neurologicznego?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatniego ostatniego roku licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy, był/a Pan/Pani leczony/a w szpitalu lub był/a Pan/Pani operowany/a, a także obecnie czy planuje Pan/Pani pobytu w szpitalu lub operację? Poprzednie zdanie nie dotyczy: złamania, skręcenia, zwichnięcia, stłuczenia kończyny dolnej lub górnej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebnych, pęcherzyka żółciowego, operacji przepukliny brzusznej/pachwinowej, hemoroidów, zaćmy, przegrody nosa, kolki nerkowej lub żółciowej, ciąży, poród, przeprowadzenie artroskopii, pobytów na SOR	TAK	NIE

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia UWAGA: dotyczy wyłącznie osób, które wybrały wariant VIP Składka 198zł – 238zł pytanie nr 1 Składka 361 zł pytania nr 1-4		
1.Czy w ciągu ostatnich 3 lat licząc do daty podpisania niniejszej wnioskopolisy zdiagnozowano u Pana/Pani lub leczył/a się Pan/Pani bądź obecnie leczy z powodu: zawału mięśnia sercowego, choroby wieńcowej, miażdżycy tętnic, udaru mózgu, przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), cukrzycy, choroby nowotworowej, guzów, uzależnienia (od alkoholu, narkotyków, leków), przewlekłej choroby wątroby, trzustki, przewlekłej choroby nerek, zaburzenia psychicznego lub neurologicznego	TAK	NIE
2.Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na którąkolwiek z chorób: zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, wady serca, przewlekłe choroby układu krążenia, stany zapalne nerek, kamica nerek, torbielowatość nerek, choroby nadnerczy, przewlekłe choroby układu moczowego, astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego, cukrzyca, choroby tarczycy, zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego, nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka, udar, porażenie, niedowłady, stwardnienie rozsiane (SM), padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV, choroby układowe tkanki łącznej, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty, osteoporoza, choroby kręgosłupa leczone operacyjnie lub wymagające leczenia operacyjnego, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów i kości?	TAK	NIE
3.Czy obecny stan zdrowia Pana/i wymaga systematycznej/regularnej opieki ambulatoryjnej, opieki szpitalnej, przyjmowania leków, leczenia operacyjnego?	TAK	NIE
4.Czy w przeszłości palił/a Pan/i lub pali obecnie powyżej 40 sztuk papierosów dziennie?	TAK	NIE