

Deklaracja zdrowotna

1. Objasnienie

Prosimy o poprawną i pełną odpowiedzą na wszystkie pytania. To jest bardzo ważne. Pozwoli to uniknc problemów w przyszlsci. Wymień wszystkie swoje dolegliwości zdrowotne. Również te, które uważasz za nieważne. Lub jeśli (jeszcze) nie byłeś(a) u lekarza.

Doradca medyczny ocenia stan zdrowia

Ten formularz musisz wypelnic sam(a) w calsci i poprawnie. Na jego podstawie doradca medyczny będzie mgl wlsciwiwie ocenić Twój stan zdrowia, jak również wydać opini dla ubezpieczyciela. Następnie *Polisa.nl* podejmie decyzj, czy możesz zawrzeć wnioskowane ubezpieczenie.

Wypelnij w calsci i zgodnie z prawd wszystkie pytania

Ten formularz musisz wypelnic sam(a) w calsci i poprawnie. Na jego podstawie doradca medyczny będzie mgl wlsciwiwie ocenić Twój stan zdrowia, jak również wydać opini dla ubezpieczyciela. Następnie ubezpieczyciel podejmie decyzj, czy możesz zawrzeć wnioskowane ubezpieczenie.

Na wszystkie pytania musisz odpowiedzieć poprawnie i wyczerpująco. Tylko wtedy doradca medyczny będzie mgl wlsciwiwie ocenić wniosek i zazwyczaj szybko wydać opini dla ubezpieczyciela. Niezgodne z prawd lub niepelne odpowiedzi powodują powstanie następujących ryzyk:

- opznienie rozpatrzenia wniosku;
- przerwanie ubezpieczenia przez ubezpieczyciela w przyszlsci;
- niewypłacenie świadczenia w przypadku śmierci;
- żądanie przez ubezpieczyciela zwrotu wypłaconego świadczenia;
- wpis do rejestru oszustw ubezpieczeniowych.

Wymień wszystkie swoje dolegliwości zdrowotne. Również te, które uważasz za nieważne. Lub jeśli (jeszcze) nie byłeś(a) u lekarza z tymi dolegliwościami.

W przypadku odpowiedzi pozytywnej wymagane jest podanie więcej informacji. Służy do tego formularz zalcznika.

Dla każdej dolegliwości, choroby lub schorzenia wypełnij oddzielny formularz załącznika. W razie braku miejsca użyj oddzielnego arkusza. Wskaż wyraźnie, do którego pytania należy strona.

Co to jest **dolegliwość**?

Dolegliwością nazywamy niedogodność fizyczną lub psychiczną lub ból fizyczny lub psychiczny. W przypadku dolegliwości nie jest zawsze jasne, co ją powoduje. Przykładem dolegliwości jest ból pleców.

Co to jest **schorzenie**?

Schorzenie jest to zaburzenie zdrowego stanu fizycznego lub psychicznego. Przykładem schorzenia jest złamana noga.

Co to jest **choroba**?

Choroba to też schorzenie. Mówiąc o chorobie, mamy często na myśli nieprawidłowość fizyczną, ale także zaburzenie psychiczne jest nazywane chorobą. Choroba może powodować trwałe lub przejściowe ograniczenia w funkcjonowaniu lub wcześniejszą śmierć. Przykładem choroby jest stwardnienie rozsiane.

Jeśli masz wątpliwości przy odpowiadaniu na pytania lub nie pamiętasz wszystkich dolegliwości, zaznacz na końcu oświadczenia o stanie zdrowia, że masz wątpliwości i czego one dotyczą, lub że nie masz pewności.

2. Dane ogólne

Nazwisko lub nazwiska :
Płeć :
Imię lub imiona :
Inicjały imion :
Adres :
Kod pocztowy :
Miejsce zamieszkania :
Data urodzenia :

3. Informacje osobowe

Pytanie 1

Ile masz wzrostu? (w centymetrach) :

Pytanie 2

Ile ważysz? (w kilogramach) :

Pytanie 3

Czy w ciągu ostatniego roku schudłeś(aś) więcej niż 5 kilogramów? : Nie Tak

Pytanie 4

Czy palisz? : Nie Tak

Co palisz? Cygara/papierosy
 E-papierosy
 Fajka
 Fajka wodna

Od jakiego wieku palisz? :

Ile średnio palisz dziennie? 10 lub mniej
 11-20
 21-30
 31-60
 Więcej niż 60

Pytanie 5

Czy paliłeś(aś) w przeszłości? : Nie Tak

Pytanie 6

Czy pijesz napoje alkoholowe? : Nie Tak

Pytanie 7

Czy był okres dłuższy niż trzy miesiące, w którym piłeś(aś) średnio więcej niż trzy szklanki/kieliszki alkoholu dziennie? : Nie Tak

Pytanie 8

Czy używasz narkotyków? : Nie Tak

Pytanie 9

Czy w przeszłości używałeś(aś) narkotyków? : Nie Tak

4. Twoje zdrowie

Wypełnij w całości i zgodnie z prawdą wszystkie pytania

W rubrykach od A do M wskaż, czy miałeś(aś) lub masz jedną lub więcej z wymienionych dolegliwości, chorób lub schorzeń. Musisz tu podać wszystko od chwili urodzenia.

Uwaga! Zaznacz „Tak”, jeśli:

- byłeś(aś) u lekarza rodzinnego, ratownika medycznego, alternatywnego opiekuna medycznego lub specjalisty medycznego. Lub jeśli kontaktowałeś(aś) się z nimi;
- przebywałeś(aś) w szpitalu, szpitalu psychiatrycznym lub innej placówce;
- byłeś(aś) lub będziesz operowany(a);
- bierzesz lub brałeś(aś) leki;
- znajdujesz się pod kontrolą lekarską lub jesteś leczony(a).

Ważne jest, aby odpowiedź na te pytania była zgodna z prawdą i pełna. W razie wątpliwości lub niepewności należy to wskazać.

Uwaga! Jeśli w przeszłości chorowałeś(aś) na raka, to w niektórych przypadkach nie musisz tego podawać. Przypadki te są wskazane w Objasnieniu, od strony 5. We wszystkich innych przypadkach musisz podać, że chorowałeś(aś) na raka.

Objasnienie do kwestionariusza znajdziesz [tutaj](#).

Czy miałeś(aś) lub masz jedną z niżej wymienionych dolegliwości, chorób lub schorzeń?

Pytanie A

Anemia, choroba krwi, niezłośliwy lub złośliwy obrzęk lub guz, złośliwe schorzenie, rak.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie B

Ból głowy, zawroty głowy, drgawki, epilepsja, choroba mięśni, zapalenie nerwu wzrokowego, przejściowy atak niedokrwienny (TIA), udar mózgu, incydent naczyniowo-mózgowy (CVA). Lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie mózgu lub nerwów.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie C

Przepracowanie, emocjonalne wyczerpanie, wypalenie, bezsenność, hiperwentylacja, zaburzenie lękowe, ADHD, zespół zaburzeń koncentracji (ADD), zaburzenia ze spektrum autyzmu, depresja, psychoza, alkoholizm, schizofrenia. Lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie o charakterze psychicznym.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byles w stanie wykonywac swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie D

Podwyższone ciśnienie krwi, kołatania serca, zaburzenie rytmu serca, zwężenie lub zapalenie naczyń krwionośnych, ucisk lub ból w klatce, zator, zakrzepica, zawał serca. Lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie serca lub naczyń krwionośnych.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie E

Podwyższony cholesterol, dna moczanowa, zaburzenia czynności tarczycy, zaburzenia hormonalne, cukrzyca, choroby metaboliczne lub spichrzeniowe.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie F

Długotrwały kaszel, zapalenie oskrzeli, duszność, astma, zapalenie opłucnej, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zator tętnicy płucnej. Lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie płuc lub dróg oddechowych.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie G

Ból brzucha, dolegliwość, chorobę lub schorzenie przełyku, żołądka, jelit, wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie H

Dolegliwość, chorobę lub schorzenie pęcherza, nerek, prostaty, dróg moczowych, macicy, narządów płciowych.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byles w stanie wykonywac swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie I

Dolegliwości zmęczeniowe, syndrom bezdechu sennego, chorobę weneryczną, zakażenie wirusem HIV, inne choroby zakaźne.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie J

Ból pleców, dolegliwości związane z kręgosłupem, lumbago, przepuklina, rwa kulszowa, skrzywienie kręgosłupa, bóle szyi, złamanie kości, zespół cieśni nadgarstka, niestabilność miednicy, fibromialgia, reumatyzm (ostry lub przewlekły), paraliż (dziecięcy). Lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie mięśni, rąk, nóg lub stawów.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesięcy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie K

Żylaki, wyprysk atopowy, łuszczyca lub inną dolegliwość, chorobę lub schorzenie skórne, żylne owrzodzenie podudzia, przetoki, zakrzepica.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie L

Dolegliwość, chorobę lub schorzenie nosa, gardła, zatok, krtani lub strun głosowych, oczu lub uszu (na przykład zaburzenia słuchu lub szumy uszne).

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? :

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byles w stanie wykonywac swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesiący nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Pytanie M

Dolegliwości, choroby lub schorzenia, które nie zostały wymienione powyżej.

: Nie Tak

Jaka jest oficjalna diagnoza? : 7

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Ciebie dolegliwości/objawy? :

Jakie były/są te dolegliwości/objawy? :

Czy nadal masz te dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: to w jakim stopniu i jak często? :

U jakiego lekarza jesteś lub byłeś leczony/monitorowany (lekarz ogólny lub specjalista?) :

Kiedy była ostatnia kontrola? :

Czy zaplanowana jest kolejna kontrola? : Nie Tak

Jeśli tak: na kiedy jest zaplanowana? :

Czy obecnie zażywasz lub stosowałeś jakieś leki w przeszłości? : Nie Tak

Jakie leki otrzymałeś? :

Czy nadal zażywasz ten lek? : Nie Tak

Czy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy w wyniku tych dolegliwości? : Nie Tak

Jeśli tak: przez ile tygodni/miesięcy nie byłeś w stanie wykonywać swojej pracy i w jakim okresie miało to miejsce? :

Objaśnienie

Masz wątpliwości przy odpowiadaniu na pytania lub nie pamiętasz wszystkich wcześniejszych dolegliwości, chorób lub schorzeń? Jeśli tak, to wskaż tutaj odpowiedzi, co do których masz wątpliwości i dlaczego, lub to, co do czego nie masz pewności.

5. Podpis

Oświadczam, że:

Przeczytałem i zrozumiałem wyjaśnienie oświadczenia zdrowotnego. Odpowiedziałem poprawnie, kompletnie oraz zgodnie z prawdą na wszystkie pytania i zgłosiłem wszelkie wątpliwości. Dotyczy to również treści załączników, jeśli je wysłałem. Zapobiega to wygaśnięciu praw wynikających z tej umowy.

Mam świadomość, że Nederlandse Assuradeuren B.V. na podstawie oceny doradcy medycznego ustala czy akceptuje mój wniosek. Zgadzam się z tym. Dotyczy to ubezpieczenia, o które zawnioskowałem. Nederlandse Assuradeuren B.V. przechowuje moje świadectwo zdrowia tak długo, jak określają to przepisy prawa. W okresie, w którym moje oświadczenie jest nadal w posiadaniu Nederlandse Assuradeuren B.V., wykorzysta moje odpowiedzi również w razie późniejszego złożenia wniosku o ten sam rodzaj ubezpieczenia, w którym ważne są dane dotyczące zdrowia lub złożenia wniosku o rozszerzenie ubezpieczenia.

Miejsce :

Data :

Imię i nazwisko :

Niektóre załączniki :

Oświadczam, że na wszystkie pytania formularza odpowiedziałem(-am) w pełni zgodnie z prawdą. Rozumiem to, co zostało przetłumaczone i zgadzam się z podanym tłumaczeniem.

Prosimy o przesłanie wypełnionego oświadczenia o stanie zdrowia e-mailem bezpośrednio do doradcy medycznego (polisa@nl.sedgwick.com), podając przesłany numer referencyjny.