

Ajánlatszám: Kötvényszám: Üzletkötő kódja:

Egyszerűsített egészségi nyilatkozat

Amennyiben a biztosított egészségi állapota megfelel a lenti nyilatkozatnak, további egészségi kockázatbírálásra nincs szükség.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben, nem állok sem járó-, sem fekvőbeteg-ellátóintézményben kezelés alatt, nincs semmilyen testi és elmebeli fogyatéksam, munkaképességem teljes, sem rokkantsági nyugdíjas, sem rokkantsági járadékos nem vagyok. Az elmúlt 5 évben nem volt olyan megbetegségem, baleseti sérülésem, ami fekvőbeteg intézményi kezelést vagy több alkalommal történő járóbeteg kezelést, vagy két hétnél hosszabb keresőképtelen állományt igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet. Nem dohányzom és az elmúlt egy évben sem dohányoztam. Nem szenvedek némaságban, sikettségben, csökkent hallóképességben, vakságban, vagy alkoholfüggőségben. Nincs bénulásos tüneteket okozó betegségem, epilepsziás betegségem, ideg- vagy elmebetegségem, pszichiátriai betegségem vagy bármilyen olyan betegségem, egészségi rendellenességem, amely korlátozná a normális napi életvitelém és a helyváltoztatásom szabadságát, valamint nem folytatok semmiféle extrém sporttevékenységet.

- IGEN, a fenti nyilatkozatban leírt állítások személyemre vonatkozóan teljes mértékben igazak.
- NEM, a fenti nyilatkozatban leírt állítások személyemre nem vonatkoznak. Az egészségi állapotomról az ajánlati csomagban található egészségi nyilatkozatban nyilatkozom.

Házi-, vagy kezelőorvosa neve, címe:	
Telefonszáma:	

Kelt: , év hónap nap

A biztosított aláírása
(kiskorú esetén a törvényes képviselője)