

Egészségi nyilatkozat

Szükséges orvosi vizsgálat? igen nem

Kérjük, válaszoljon minden kérdésre! A kérdésekre adott válaszát a kiegészítések blokkban szíveskedjen részletesen kifejtetni! Kérjük továbbá az orvosi dokumentumok, vizsgálati leletek, kórházi zárójelentések másolatait lezárt borítékban csatolja az egészségi nyilatkozathoz.

Biztosított neve: Születési dátuma: év, hó, napAnyja születéskori neve: Házi vagy kezelőorvosa neve: Címe: Telefonszáma: **1. Magassága/testsúlya/vérnyomása:** cm / kg / / HgmmTestsúlya változott-e az elmúlt évben? igen nemCsökkenés: kg Növekedés: kgVolt-e, van-e vérnyomásával panasz? igen nem

Ha igen, kérjük, töltsse ki a magas vérnyomás kérdőívet!

2. Dohányzik, vagy az elmúlt egy évben dohányzott-e? igen nem**3. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alább felsorolt betegségekben, illetve van-e, volt-e valamilyen panasz? (Jelölje be a betegségcsoportot és a kiegészítésekben részletezze!)** Légzőrendszeri betegség, asztma, allergia (pl.: gyógyszer, pollen, élelmiszer) Szív és/vagy keringési rendszer betegsége (pl.: szívöregj, koszorúér betegség stb.) Idegrendszeri, vagy pszichés rendellenesség Emésztőrendszeri (pl.: gyomor, bél, máj, epe rendellenesség) Anyagcsere és hormonális betegség (pl.: emelkedett koleszterin, triglicerid szint, cukorbetegség, kószvény, pajzsmirigy betegség) Érzékszervi betegségek (pl.: szembetegség, látászavar, halláskárosodás) Bőr vagy nemi betegség Vér, vérképzőszervi, immunrendszeri betegség (pl.: AIDS, HIV fertőzöttség, pozitív HIV vizsgálat) Mozgásszervi (pl.: csont, izom, ízületi) betegség, csonttritkulás Vese, húgy, ivarszervi betegség (pl.: vesék vagy a hólyag betegsége, prosztatata, here, mellékhere megbetegedése, vagy kóros vizelet - cukor, genny, vér, fehérjevizelés) Nőgyógyászati betegségek (pl.: mióma, rendellenes vérzés) Daganatos betegség**4. Részt vett-e szakorvosi vizsgálaton, vagy állt-e, áll-e gyógyintézeti kezelés alatt az elmúlt 10 évben? Voltak-e műtétei, vagy terveznek Önnél a közeljövőben kórházi kezelést, műtétet, kivizsgálást?**Ha igen, hol, mikor, mi okból? igen nem

Kérjük, az orvosi dokumentumokat mellékelni!

5. Volt-e Önnek az utóbbi 10 évben EKG, MR, CT, UH, PET CT, röntgen vagy mammográfias lelete, amely bármilyen rendellenességet mutatott? Kérjük, a leleteit csatolja! igen nem**6. Érte-e sérüléssel járó baleset vagy sportsérülés élete során?** igen nem

Ha igen mi okból, mikor, milyen beavatkozás történt?

Kérjük, az orvosi dokumentumokat mellékelni!

7. Van-e veleszületett vagy balesetből, illetve más okból eredő fogyatéksége, egészségkárosodása, illetve rokkantsága? igen nem

Ha igen, milyen mértékben és mi okból?

Kérjük, mellékelje az egészségkárosodás megállapítására jogosult hivatalos szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott orvosi szakvéleményt, valamint ezen orvosi szakvélemények alapját képező orvosi dokumentumokat.

8. Előfordult-e vérszerinti rokonságában cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, TBC, daganatos betegség, ideg és elmebetegség, más örökítő betegség? igen nem

Ha igen, kinél, milyen idős korban, melyik betegséget diagnosztizálták?

9. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert, vagy hormont? igen nem

Ha igen, mi okból? (gyógyszer neve, napi adag)

Kiegészítések: (Kérjük a kérdés(ek) sorszámát jelölni!)

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a közlési kötelezettség megsértése (eltitkolt betegség) a biztosító mentesülését vonhatja maga után!

Saját kezű aláírással tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatom életbiztosítási ajánlatom részét képezi. Igazolom, hogy a kérdéseket személyesen, az igazságnak megfelelően válaszoltam meg, melyeket helyesen jegyeztek le.

A biztosított aláírása:

Kelt: , év hónap nap