

## Egészségi nyilatkozat gyermekek részére

Ajánlatszám:

Biztosított személy neve:

Gyermek születési ideje:









Gyermekorvos neve, címe:

A kérdéseket a biztosított Gyermeke szülőjének vagy gondviselőjének kell kitöltenie, illetve megválaszolni!

Testmagassága:

Testsúlya:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Volt-e valamilyen komplikáció a gyermek születésénél?<br>pl. oxigén hiányos állapot                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Ha volt, kérjük írja le részletesen; kérjük írja le a gyermek jelen állapotát is!<br>Csatolja továbbá az ide vonatkozó orvosi dokumentációt! |
| 2. Hányadik terhességi hétre született?                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                                                              |
| 3. Mekkora volt a születési súlya?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g |                                                                                                                                              |
| 4. Megkapta-e az életkor szerinti kötelező védőoltásokat?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Ha nem, mi az oka?                                                                                                                           |
| 5. Szüleinél vagy testvéreinél diagnosztizáltak-e szív-érrendszeri betegséget, daganatos betegséget, cukorbetegséget, vesebetegséget, vagy más örökletes betegséget?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Milyen betegség, kinél, milyen életkorban?                                                                                                   |
| 6. Van-e veleszületett fejlődési rendellenessége, örökletes betegsége maradandó egészségkárosodása, rokkantsága? Szenved-e valamilyen fogyatékos állapotban (látás, hallás, értelmi, érzékszervi)?<br>Rokkantsági, vagy rehabilitációs ellátásban részesül-e?<br>Van-e, benyújtottak-e részre ilyen kérelmet?<br>(Orvosi dokumentációt mellékelje!) | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mióta, milyen jellegű?                                                                                                                       |
| 7. A gyermek részesült-e, részesül-e rendszeresen, vagy alkalmanként                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                                                                                              |
| a) gyógyszeres kezelésben?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mikor, mióta, milyen? Gyógyszer neve, adagolás:                                                                                              |
| b) kemoterápiás kezelésben? Kezelték-e, kezelik-e röntgennel, rádiummal, izotóppal, vagy más sugárral?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mikor, mióta, melyik?                                                                                                                        |
| 8. Jelenleg van-e valamilyen betegsége?<br>(Orvosi dokumentációt mellékelje!)                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Ha igen, mikortól, milyen okból?                                                                                                             |
| 9. A gyermeknek volt-e, van-e valamilyen betegsége vagy panasza a következők közül? (A zárójelentést, kezelő-, ambulánslapot esetleges szövegtani leletét mellékelje!)                                                                                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                                                              |
| a) Szív és/vagy keringésrendszer betegsége                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mióta, milyen típusú?                                                                                                                        |
| b) Légzőrendszeri betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mióta, milyen típusú?                                                                                                                        |
| c) Emésztőrendszeri betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mióta, milyen típusú?                                                                                                                        |
| d) Vese, húgy, ivarszervi betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nem<br><input type="checkbox"/> igen                                              | Mióta, milyen típusú?                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| e) Idegrendszeri vagy pszichés rendellenesség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| f) Mozgásszervi (csont, izom, ízület) betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| g) Érzékszervi betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| h) Vér, vérképzőszervi, immunrendszeri betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| i) Hormonbetegség, anyagcsere betegség, belső elválasztású mirigyet érintő betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| j) Bőrbetegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| k) Daganatos betegség                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| l) Egyéb betegség vagy rendellenesség, melyre előzőleg nem irányult kérdés?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mióta, milyen típusú? |
| 10. Állt-e, áll-e gyógyintézeti (kórházi, szanatóriumi) vagy gondozóintézeti kezelés alatt? Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e a Gyermeknél (Biztosítottnál) a közeljövőben kórházi kezelést, műtétet, kivizsgálást? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Mikor, hol, mi okból? |
| 11. A Gyermekek folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, sportot, hobbit? Versenyszerűen sportol-e, sportolt-e? Volt-e balesete, sérülése, mérgezése, öngyilkossági kísérlete? Van-e balesetből visszamaradt egészségkárosodása, sérült, csonkolt testrésze?<br>16. életévét betöltött Gyermekek dolgozik-e veszélyes, vagy egészségre ártalmas munkahelyen? (Orvosi dokumentációt mellékelje!) | <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen | Kérjük, részletezze!  |

**Adatkezelő:** UNIQA Biztosító Zrt.

**Adatkezelés célja:** a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél.

A Biztosító által kezelt személyes adatok további kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) oldalon található „**Adatkezelési Tájékoztató**” című dokumentumban és a biztosítási feltételekben talál részletes információt.

A Biztosító adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetők – információt a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) oldalon található „**Adatfeldolgozást végző személyek listája**” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az Ügyfélszolgálatán is közzéteszi az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

A Biztosított szülőjeként, gondviselőjeként kijelentem, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelőnek és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az általam megadott, illetve az esetlegesen csatolt dokumentumokban szereplő – a Gyermekek – egészségi állapotával kapcsolatos különleges adatnak minősülő személyes adatokat a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek teljesítése céljából kezelje. Hozzá-

járulok ahhoz, hogy a Biztosító a Gyermekek egészségi állapotával kapcsolatos adatokat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. gyermekorvos), amely vagy aki az egészségügyi és egyéb személyes adatokat kezeli, az egészségi adatokat beszeresse, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek a biztosított Gyermekek egészségi és személyes adatait a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségügyi adatokat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adatokat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Biztosított gondviselője hozzájárul, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék legelőbb adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy a Biztosított külföldön részesülhesen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettség-sértést alapoz meg. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt, továbbá kijelentem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos további rendelkezéseket, amelyek a biztosítási Feltétel Adatkezelés, adatvédelem című fejezetében találhatóak, elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: \_\_\_\_\_