

Ajánlatszám:

Biztosított személy neve: _____ Születési ideje: Családi állapota: _____

Háziorvosa neve, címe: _____

A kérdéseket a biztosítottnak kell kitöltenie, illetve megválaszolni!

1. Testmagassága: _____ cm	Testsúlya: _____ kg	Vérnyomásának értéke: _____/_____ Hgmm
2. Dohányzik (cigaretta, szivar, pipa)? / Fogyaszt-e szeszes italt? Használ-e kábítószer?	☐ nem ☐ igen	Mit? Napi mennyiség:
3. Szüleinél vagy testvéreinél diagnosztizáltak-e szív-érrendszeri betegséget, daganatos betegséget, cukorbetegséget, vesebetegséget, vagy más örökítő betegség?	☐ nem ☐ igen	Milyen betegség, kinél, milyen életkorban?
4. Van-e veleszületett fejlődési rendellenessége, örökletes betegsége maradandó egészségkárosodása, rokkantsága? Szenved-e valamilyen fogyatékoságban (látás, hallás, értelmi, érzékszervi)? Rokkantsági, vagy rehabilitációs ellátásban részesül-e? Van-e benyújtott kérelme? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen jellegű?
5. Részesült-e, részesül-e rendszeresen, vagy alkalmasszerűen a) gyógyszeres kezelésben?	☐ nem ☐ igen	Mikor, mióta, milyen? Gyógyszer neve, adagolás:
b) kemoterápiás kezelésben? Kezelték-e, kezelik-e röntgennel, rádiummal, izotóppal, vagy más sugárral?	☐ nem ☐ igen	Mikor, mióta, melyik?
6. Jelenleg táppénzes-, betegállományban van? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	☐ nem ☐ igen	Ha igen, mikortól, milyen okból?
7. Volt-e, van-e valamilyen betegsége vagy panasa a következők közül? (A zárójelentést, kezelő-, ambulánslapot esetleges szövegtani leletét mellékelje!)	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
a) Szív és/vagy keringésrendszer betegsége	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
b) Légzőrendszeri betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
c) Emésztőrendszeri betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
d) Vese, húgy, ivarszervi betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
e) Idegrendszeri vagy pszichés rendellenesség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
f) Mozgásszervi (csont, izom, ízület) betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
g) Érzékszervi betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
h) Vér, vérképzőszervi, immunrendszeri betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
i) Hormonbetegség, anyagcsere betegség, belső elválasztású mirigyet érintő betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
j) Bőrbetegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
k) Daganatos betegség	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
l) Egyéb betegség vagy rendellenesség, melyre előzőleg nem irányult kérdés?	☐ nem ☐ igen	Mióta, milyen típusú?
8. Állt-e, áll-e gyógyintézet (kórházi, szanatóriumi) vagy gondozó intézeti kezelés alatt? Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnek a közeljövőben kórházi kezelést, műtétet, kivizsgálást? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	☐ nem ☐ igen	Mikor, hol, mi okból?
9. Veszélyes, vagy egészségre ártalmas munkahelyen dolgozott, vagy dolgozik? Folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, sportot, hobbit? Versenyszerűen sportolt-e, sportolt-e? Volt-e balesete, sérülése, mérgezése, öngyilkossági kísérlete? Van-e balesetből visszamaradt egészségkárosodása, sérült, csonkolt testrésze? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	☐ nem ☐ igen	Kérjük, részletezze!

Kijelentem, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat 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. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségi és személyes adataimat kezeli, az egészségi adataimat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. Az adatkezelés célja a biztosítási 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 lehet. Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Biztosított 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 jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy a Biztosított külföldön részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Tudomásom van arról, hogy valótlán adatok közlése közlési kötelezettségértéket 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 találhatók, elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: _____ biztosított sajátkezű aláírása