

Ajánlatszám:

Részletes egészségügyi nyilatkozat

Jelen részletes egészségi nyilatkozat kitöltése abban az esetben kötelező, amennyiben a szerződéshez 5 millió forintot elérő vagy meghaladó garantált haláleseti összeg tartozik, és/vagy a szerződéshez kiegészítő biztosítás került választásra.

A biztosított neve:

A biztosított születési dátuma:

 év hó nap

Anyja születési neve:

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre! Bármelyik pontnál adott „igen” válasz esetén a „Részletezés” mezőben kérjük a válasz kifejtését a kérdés sorszámanak feltüntetésével. A leletek, zárójelentések másolatát lezárt borítékban szíveskedjen az ajánlathoz mellékelni. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a közlési kötelezettség megsértése a Biztosító mentesülését vonhatja maga után!

1. Magassága: cm. Testsúlya: kg. Legutóbb mért vérnyomása: / Hgmm

2. Jelenleg dohányzik?

☐ igen ☐ nemHa igen, naponta mennyit? db/nap

18 éves kora előtt dohányzott-e rendszeresen?

☐ igen ☐ nem

3. Jelenleg sportol-e?

☐ igen ☐ nem

Ha igen:

Milyen sportág(ak)ban? Milyen gyakran? Milyen szinten? ☐ hobbi ☐ területi versenyző ☐ regionális versenyző ☐ élvonalbeli versenyző ☐ kiemelt sportoló4. Jelenleg áll-e (vagy korábban állt-e) rendszeres orvosi vagy gyógyszeres kezelés alatt? *(Ha igen, kérjük az orvosi iratokat mellékelni!)*☐ igen ☐ nem

5. Jelenleg használ-e vagy korábban használt-e függőséget okozó szereket (például kábítószer, alkohol, gyógyszerek)?

☐ igen ☐ nem

Állt-e kezelés alatt, esetleg volt-e Önnek javasolva vagy elrendelve kezelés függőséget okozó szerek, alkohol, kábítószer, gyógyszerek, szerencsejáték vagy hasonló szenvedélyek miatt?

☐ igen ☐ nem

6. Elismert rokkantnyugdíjas, vagy kérvényezte-e a rokkantsági nyugdíjat, esetleg volt-e Önnél elbírálva rokkantság?

☐ igen ☐ nem

7. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alábbi betegségekben, illetve vannak-e (voltak-e) egészségi panaszai?

☐ igen ☐ nem

a) Szív, érrendszeri, tüdő, légzőszervi megbetegedések (például magas vérnyomás, szívritmus zavarok, szívdobogásérzés, szívrojurek, ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus, angina pectoris, mellkasi fájdalom, visszérbetegség, trombózis, embólia, asztma, tuberkulózis, krónikus hörghurut), esetleg más szív, érrendszeri, tüdő és légzőszervi megbetegedések

☐ igen ☐ nem

b) Anyagcsere-megbetegedések, belső elválasztású mirigyek megbetegedései (például cukorbetegség, köszvény, magas koleszterinszint, magas trigliceridszint, pajzsmirigyműködési zavarok), esetleg más anyagcsere-megbetegedések

☐ igen ☐ nem

c) A máj, az epehólyag, a hasnyálmirigy, a nyelöcső, a gyomor, a nyombél, a vékonybél, a vastagbél, a végbél, a nemi szervek, a vesék, a húgyutak (például vizeletben lévő vér) megbetegedései, sárgaság esetleg más emésztőrendszeri megbetegedések

☐ igen ☐ nem

d) Vér- vagy immunrendszeri megbetegedések (például vérszegénység, véralvadási zavarok, hemofília, leukémia, vérképi elváltozások, lép betegségei, HIV fertőzés, AIDS, allergia)

☐ igen ☐ nem

e) Csontok, ízületek, izmok megbetegedései (például hátgerinci fájdalmak és betegségek, hosszú távú végtagfájdalmak, reuma, artrózis, oszteoporózis), esetleg a csontok, ízületek és izmok más megbetegedései

☐ igen ☐ nem

f) Az agy, az idegek megbetegedései, elmebetegség (például fejfájás, migrén, szédülés, rohamok, epilepszia, szklerózis multiplex, szélütés, bénulás, depresszió, mentális betegségek, öngyilkossági kísérlet), esetleg más idegrendszeri megbetegedések

☐ igen ☐ nem

g) Jó- és rosszindulatú daganatok (például rák, miómák, adenómák, lipómák, polipok, ciszták), esetleg más típusú daganatos megbetegedések

☐ igen ☐ nem

h) Vírusos, bakteriális, fertőző, gombás megbetegedések (például HIV vírus, malária, mononukleózis, Lyme-kór és egyéb megbetegedések)

☐ igen ☐ nem

i) Szem és fül betegségei (például a szaruhártya megbetegedése, látászavarok, vakság, sükettség, süketnémaság) esetleg a szem és fül más megbetegedései

☐ igen ☐ nemDioptria (+/-): D. bal D. jobb

j) Más, az egészségügyi kérdőívben fel nem tüntetett megbetegedések, egészségi károsodások

☐ igen ☐ nem

8. Állapítottak-e meg Önnél kedvezőtlen eredményeket speciális kivizsgálások folyamán (például számítógépes tomográfia (CT), mágneses rezonancia (MR), röntgen vizsgálat (RTG), ultrahang (USG), EKG, vérvizsgálat, vizelet vizsgálata, genetikai tesztek, HIV teszt AIDS-re), esetleg más speciális kivizsgálások folyamán? ☐ igen ☐ nem

9. Állt-e fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés alatt az utolsó 10 évben, esetleg volt-e ajánlva fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés betegség diagnosztizálása, kivizsgálások, kezelések, műtétek érdekében? ☐ igen ☐ nem

10. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e jelenleg Önnél műtétet, kórházi kezelést, kivizsgálást? ☐ igen ☐ nem

11. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e? ☐ igen ☐ nem

Miért, mióta?

12. Érte-e valaha sérüléssel járó baleset/sportsérülés? Ha igen, kérjük az időpont, a baleset/sportsérülés, a gyógykezelés és a kimenet ismertetését, zárójelentés megküldését! ☐ igen ☐ nem

13. Állapítottak-e meg Önnél maradandó egészségkárosodást, munkaképesség-csökkenést? ☐ igen ☐ nem

Mikor, miért, milyen fokút? Ha igen, mellékelje a hivatalos szerv által kiadott szakvéleményt, orvosi dokumentumokat!

14. Tud-e veleszületett fejlődési rendellenességről, örökletes betegségről? Ha igen, kérjük részletezze! ☐ igen ☐ nem

Amennyiben a 2-13. kérdések bármelyikére igennel válaszolt, kérjük, maradéktalanul töltse ki az alábbi pontokat is!

15. Volt-e, vagy fennáll-e magasvérnyomás betegsége? ☐ igen ☐ nem

Legmagasabb érték: / Hgmm

Milyen gyógyszert szed rá, mióta, milyen mennyiségben?

16. Szed-e valamilyen gyógyszert? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, mire, mit, mióta, milyen mennyiségben?

17. Van-e hallászavara? ☐ igen ☐ nem

Ha van: veleszületett ☐ szerzett ☐ mértéke: jobb: % bal: %

Részletezés: (Kérjük a kérdések sorszámainak megjelölését!)

A kérdés sorszáma	A betegség típusa, változásai, nehézségek	Mikor? Milyen hosszan?	Kivizsgálások esetén a kezelőorvos/gyógyintézet neve és címe

Alulírott kijelentem, hogy az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító a személyes és különleges adataimat kezelje. Kijelentem, hogy a NOVIS Poistovňa a.s.-szel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem mindazokat az orvosokat, akik eddig vizsgáltak, kezeltek, vagy a jövőben vizsgálni, kezelni fognak.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a Biztosított aláírása