



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Közvetítői kód:

Egészségi nyilatkozat

Ajánlatszám:

A nyomtatvány kitöltése csak akkor kötelező, ha a főbiztosítás mellé Pannónia Euró Alapú Halál Esetére Szóló Díjátvállalási Kiegészítő Biztosítást is köt a szerződő!

Név: _____ Születési idő: _____

Jelenlegi testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm

Háziorvosa adatai (A háziorvos adatainak megadása az ajánlat elfogadásának kötelező feltétele!):

Név: _____

Rendelő címe: _____

Telefonszám: _____ fax: _____

E-mail cím: _____

Egészséges vagyok, nem szenvedek semmilyen betegségben, az egészségi állapotommal kapcsolatban nincsenek panaszaim. Nem kell rendszeresen szednem gyógyszert, nem állok járóbeteg-kezelés, illetve kórházi kezelés alatt, egészségkárosodásom nincs. Munkaképességem teljes, nincs semmilyen érzékszervi, elmebeli és testi fogyatékságom. Nem terveznek nálam kivizsgálást, járóbeteg-, illetve kórházi kezelést, műtétet, nincs velem született rendellenességem.

IGAZ: NEM IGAZ:

Az elmúlt 10 évben nem volt olyan betegségem, amely tartós és/vagy rendszeres orvosi kezelést igényelt, nem voltam betegség miatt négy hétnél hosszabb betegállományban, nem szedtem rendszeresen gyógyszert egy hónapnál hosszabb ideig, nem álltam kórházi kezelés alatt, nem volt műtétem, egészségkárosodásom, munkaképesség-csökkenésem, nem ért sérüléssel járó baleset.

IGAZ: NEM IGAZ:

Legalább 15 éve nem dohányzom, nem fogyasztok semmilyen dohánykészítményt, alkoholt. Kábítószer, egyéb tudatmódosító szert soha nem fogyasztottam.

IGAZ: NEM IGAZ:

Ha a fenti kérdések bármelyikére „nem igaz”-zal válaszolt, kérjük, folytassa a válaszadást!

1. Szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt diagnosztizáltak-e bármelyiket a következő betegségek közül, vagy elhunyt-e szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt a következő betegségek közül bármelyikben: rák, szív- és érrendszeri betegség (szívinfarktus, stroke), magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség vagy bármely örökítő betegség (pl. policisztás vesebetegség). Ha igen, kérjük, adja meg a betegséget és az érintett személy korát a diagnózis megállapításakor! Az érintett személy nevét és a rokonság fokát (pl. szülő, testvér) ne adja meg!

IGEN: NEM:

2. Dohányzik? IGEN: NEM:

Ha igen, milyen fajta dohányárut (cigaretta, szivar, pipa) és naponta mennyit?* _____ db

Ha abbahagyta, hány éve tette? _____ éve Előtte hány évig dohányzott? _____ év

3. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? IGEN: NEM:

Ha igen, mit (sör, bor, égetett szesz) és naponta mennyit?* _____

4. Használ vagy használt-e tudatmódosító szert? IGEN: NEM:

Ha igen, mit? _____ Mikor? Hány éve? _____

5. Volt-e pozitív HIV és/vagy HCV (Hepatitis C) és/vagy CMV (Cytomegalovírus) tesztje? – **Kérjük, csatolja a zárójelentését!*** IGEN: NEM:

Ha igen, mikor? _____

6. Szedett-e az élete során tartósan (14 napot meghaladó időtartamban) gyógyszert rendszeresen? IGEN: NEM:

Ha igen, mit? (gyógyszer neve) _____

Mi okból? (diagnózis) _____

Milyen rendszerességgel? (napi, heti, ...) _____ Mikor? Hány éve? _____ Mennyi ideig? _____

7. Jelenleg – egy éven belül – rendeltek-e Önnek rendszeres szedésre gyógyszert? IGEN: NEM:

Ha igen, mit? (gyógyszer neve) _____

Mi okból? (diagnózis) _____

Mióta? _____ Milyen rendszerességgel? (napi, heti, ...) _____

Szedi-e gyógyszerét? IGEN: NEM:

8. Volt-e műtétje? (kivéve mandula-, orrpolip-, orrsövény-, kalapácsujj, bütök) – **Kérjük, csatolja a zárójelentését!*** IGEN: NEM:

Mi okból? _____ Mikor? _____

Milyen műtét? _____

9. Volt-e betegállományban az elmúlt 5 évben legalább két hétig? IGEN: NEM:

Ha igen, mi okból? _____

Mennyi ideig? _____

10. Feküdt-e kórházban és/vagy volt-e rehabilitációs kezelése az elmúlt 5 évben? – **Kérjük, csatolja a zárójelentését!*** IGEN: NEM:

Ha igen, mikor? _____ Mennyi ideig? _____

Mi okból? _____

11.	Volt-e mérgezése, balesetből eredő csont-, ízület-, izom-, porc- vagy szalagsérülése? – Kérjük, csatolja a zárójelentését!*	IGEN:	NEM:
	Ha igen, mikor?		
	Mi?		
	Operálták-e? – Kérjük, csatolja a zárójelentését!	IGEN:	NEM:
12.	Volt-e valaha munkaképesség csökkenés és/vagy igazságügyi orvosszakértői vizsgálata? – Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos dokumentumokat!*	IGEN:	NEM:
	Ha igen, mikor?		
	Miért, milyen alapbetegséggel?		
	Eredménye?		
13.	Tud-e arról, hogy szív- és érrendszeri, anyagcsere- (pl. diabetes, zsíryanagcsere, köszvény), rosszindulatú daganatos, allergia, fertőző, gyomor-, bélrendszeri pl. máj, hasnyálmirigy), vizeletkiválasztó rendszeri (pl. vese, húgyhólyag), ivarszervi (pl. petefészek, méh, illetve here, prosztata), nemi, idegrendszeri, pszichiátriai, vérképzőrendszeri, immunológiai, fertőző, hormonális betegsége, csonttritkulása, súlyos látás és/vagy halláskárosodása, légzőszervi (tüdő, gége, légcső), mozgásszervi (gerinc, csípő, térd, egyéb ízületi) betegsége volt, illetve van? Visel-e 7 dioptriánál erősebb szemüveget vagy kontaktlencsét? – Kérjük, csatolja a leleteit!*	IGEN:	NEM:
	Ha igen, a diagnózis:		
	Diagnózis időpontja:		
14.	Az elmúlt két évben volt nőgyógyászati és/vagy emlőszűrésen, tüdőszűrésen, urológiai szűrésen (PSA)? Volt vér-, vizelet- vagy egyéb laborvizsgálata, EKG vizsgálata? – Kérjük, csatolja a leleteit!*	IGEN:	NEM:
15.	Volt-e az elmúlt 5 évben terheléses EKG, szívultrahang-, CT-, MRI-, ultrahang, izotópdiaosztikai, PET-, endoszkópos vagy genetikai vizsgálata? Kapott-e valaha terápiás célból sugárkezelést, izotópkezelést vagy kemoterápiát? – Kérjük, csatolja leleteit!*	IGEN:	NEM:
	Ha igen, mikor?		
	Mi okból?		
16.	Kell-e speciális diétát követnie?	IGEN:	NEM:
	Ha igen, melyet?		
17.	Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?	IGEN:	NEM:
18.	Volt-e az elmúlt 6 hónapban hasi, mellkasi, ízületi, hát- vagy derékfájdalma, migrénes fejfájása, szédülése, hányingere, köhögése, szapora szívdobogásérzése vagy szorongása? – Kérjük, csatolja leleteit!*	IGEN:	NEM:
19.	Van-e egyéb betegsége, egészségi állapotban bekövetkezett károsodása, amire nem kérdeztünk rá?	IGEN:	NEM:
	Ha igen, mi?		
	Jelen egészségi nyilatkozattal egyidejűleg leadott orvosi dokumentumok száma:		db
	Kiegészítések (kérjük a kérdések sorszámát is megadni):		

* IGEN válasz esetén a felsoroltak közül, kérjük, húzza alá a megfelelő(ke)t.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap

Biztosított aláírása