



részletes egészségfelmérő nyilatkozat

K&H Biztosító Zrt.
Életbiztosítási ügyfélszolgálat

- telefon: (06 1) 267 8888
- fax: (06 1) 267 6666
- www.khbiztosito.hu • khelet@khb.hu

részletes egészségfelmérő nyilatkozat



K&H Biztosító Zrt. 1068 Budapest, Benczúr u. 47.

Biztosított adatai			
Biztosított neve	születési dátuma		
jelenlegi foglalkozása és munkaköre			
1. magassága	cm	2. testsúlya	kg
3. kezelőorvosának neve			
4. kezelőorvosának címe			
5. Jelenleg vannak-e panaszai az egészségi állapotával kapcsolatban?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük ezek ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
6. Jelenleg áll-e orvosi kivizsgálás, ellenőrzés alatt?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük ezek ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
7. Jelenleg szenved-e valamilyen betegség(ek)ben?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük ezek ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
8. Jelenleg áll-e gyógyszeres vagy egyéb kezelés alatt?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük ezek ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
9. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e?			
<input type="radio"/> igen	Ha igen miért, mióta?	<input type="radio"/> nem	
10. Korábban szenvedett-e valamilyen betegség(ek)ben?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük az időpont feltüntetésével a betegség, a kezelés és a kimenetel ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
11. Az elmúlt öt évben volt-e négy hétnél hosszabb ideig keresőképtelen állományban?			
<input type="radio"/> igen	Ismertesse mikor, mennyi ideig és milyen betegség miatt!	<input type="radio"/> nem	
12. Korábban állt-e járóbeteg-kivizsgálás, -gondozás, -kezelés alatt?			
<input type="radio"/> igen	Mikor, miért, milyen eredménnyel?	<input type="radio"/> nem	
13. Az elmúlt 10 évben belül feküdt-e fekvőbeteg gyógyintézetben?			
<input type="radio"/> igen	Zárójelentés másolatot kérünk! Ha nincs birtokában, kérjük ismertesse, mikor, hol, és miért kezelték!	<input type="radio"/> nem	
14. Korábban volt(ak)-e műtete(i)?			
<input type="radio"/> igen	Zárójelentés- és műtéti leírás másolatot kérünk! Kérjük az időpont, a beavatkozás és a kimenetel ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
15. Korábban történt-e Önnél vérsírszint- és/vagy vércukorszint-meghatározás?			
<input type="radio"/> igen	Ismertesse és dokumentálja az eredmény(eke)!	<input type="radio"/> nem	
16. Történt-e Önnél HIV-vizsgálat?			
<input type="radio"/> igen	Mikor, miért, milyen eredménnyel?	<input type="radio"/> nem	
17. Érte-e valaha sérüléssel járó baleset?			
<input type="radio"/> igen	Kérjük az időpont, a baleset, a sérülés, a gyógykezelés és kimenetel ismertetését!	<input type="radio"/> nem	
18. Munkaképesség-csökkenés megállapítási kérelmet nyújtott már be?			
<input type="radio"/> igen	Hová, mikor, miért, mi lett a döntés? Jelenlegi munkaképesség-csökkenésének mértéke?	<input type="radio"/> nem	
19. Dolgozott-e valamikor munkahelyi ártalmat okozó munkahelyen?			
<input type="radio"/> igen	Mikor, hol, mit, mennyi ideig, milyen ártalmaknak volt kitéve? (pl. azbeszt)	<input type="radio"/> nem	



20. Terveznek-e Önnél a közeljövőben műtétet?					
<input type="radio"/> igen	Milyet és mikor?	<input type="radio"/> nem			
21. Dohányzik-e?					
<input type="radio"/> igen	Naponta mennyit és mit?	<input type="radio"/> nem			
22. Korábban volt-e dohányos?					
<input type="radio"/> igen	Mettől meddig, mennyit és mit szívott?	<input type="radio"/> nem			
23. Fogyaszt-e szeszes italt?					
<input type="radio"/> igen	Mit, mennyit és milyen gyakorisággal?	<input type="radio"/> nem			
24. Fogyaszt-e vagy fogyasztott-e már kábítószeret vagy kábító hatású anyago(ka)t?					
<input type="radio"/> igen	Mit, mikor, milyen adagolásban?	<input type="radio"/> nem			
25. Visel-e nyolc dioptriánál erősebb szemüveget?					
<input type="radio"/> igen	jobb oldal	<input type="radio"/> nem			
	bal oldal				
26. Van-e egyéb érzékszervi, veleszületett vagy/és szerzett testi fogyatéka?					
<input type="radio"/> igen	Kérjük, részletezze!	<input type="radio"/> nem			
27. Nőknél: jelenleg terhes-e?					
<input type="radio"/> igen		<input type="radio"/> nem			
28. Nőknél: volt-e már császármetszéssel vagy fogós műtéttel járó szülése? Lépett-e fel eddigi terhessége(i), szülése(i), során komplikáció, szövődmény?					
<input type="radio"/> igen	Részletezést kérünk!	<input type="radio"/> nem			
29. Előfordult-e családjában öröklődő betegség, szív-, érrendszeri betegség, magas vérnyomás, rosszindulatú daganat, öngyilkosság?					
<input type="radio"/> igen	Kérjük sorolja fel! Hány éves korban?	<input type="radio"/> nem			
30. Jelenleg a biztosított van-e más élet és/vagy baleset- vagy egészségbiztosítása?					
<input type="radio"/> igen	Melyik biztosítónál, mekkora összegre, milyen biztosítása van?	<input type="radio"/> nem			
31. Volt-e Önnek elutasított élet- vagy balesetbiztosítási ajánlata, szerződése?					
<input type="radio"/> igen		<input type="radio"/> nem			
32. Részesül-e saját jogú nyugellátásban vagy baleseti ellátásban?					
<input type="radio"/> igen	Miért és mikortól?	<input type="radio"/> nem			
33. Sportolt-e az elmúlt 5 évben?					
<input type="radio"/> igen	Milyen sportágban? Milyen szinten? Mennyi ideig (év)? Mikor hagyta abba?	<input type="radio"/> nem			
	<input type="radio"/> hivatásos	<input type="radio"/> élvonalbeli	<input type="radio"/> regionális	<input type="radio"/> területi	<input type="radio"/> hobby

34. részletezés	

csatolt mellékletek mellékletek száma db

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valóságnak meg nem felelő adatok közlése a közlési kötelezettség megsértését jelenti, aminek következtében a biztosító mentesülhet térítési kötelezettsége alól, illetve a biztosítási szerződés módosítását vagy megszüntetését kezdeményezheti.

aláírás	
dátum	<input type="text"/>
Biztosított aláírása* →	

*kiskorú biztosított esetén törvényes képviselő (szülő, gyám) aláírása

