

egyszerűsített egészségfelmérő nyilatkozat



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

Biztosított adatai			
Biztosított neve		születési dátuma	
jelenlegi foglalkozása és munkaköre			
magassága		cm	testsúlya
			kg
kezelőorvosának neve			
kezelőorvosának címe			

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy a Részletes egészségfelmérő nyilatkozat kitöltése szükséges!

1. Volt-e Önnek valaha magas vérnyomással, cukorbetegséggel, mellkasi fájdalommal, szívbetegséggel, bármilyen érzkészervi-, vese-, hólyag-, nemi szervi, gyomor-, bél-, máj- (beleértve a hepatitis B, C hordozást), légzőszervi-, pajzsmirigy-, vér- és vérképzőszervi-, csont-, izom-, gerincbetegséggel vagy ezen szervek elégtelenségével, bármilyen agyi vagy idegrendszeri-, mentális-, AIDS vagy HIV fertőzéshez társult tünetegyüttesel, daganatos vagy bármely egyéb betegséggel, elégtelenséggel vagy fogyatékkal kapcsolatos tünete, illetve részesült-e a fentiekkel kapcsolatban orvosi ellátásban, kivizsgálásban vagy kezelésben?

igen

nem

2. A fentiekén kívül volt-e olyan komoly egészségi problémája, amely miatt orvoshoz fordult, részesült-e, műtéti kezelésben, rendszeres vagy folyamatos ellátásban, 3 éven belül 1 hétnél hosszabb ideig tartó kórházi kezelésben, illetve tervezi-e, hogy egészségügyi tanácsért, valamilyen vizsgálat vagy operáció elvégzése érdekében a közeljövőben felkeresi orvosát?

igen

nem

3. Állapítottak-e meg Önnél balesetből vagy betegségből eredően munkaképesség csökkenést, illetve szenved vagy szenvedett-e mozgásszervi megbetegedésben; az elmúlt 5 évben volt-e sérüléssel járó balesete?

igen

nem

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy kérjük, részletezze választát!

4. Folytat-e jelenleg bármilyen veszélyes tevékenységet, pl. motorsport, bűvárkodás, repülés (a menetrendszeri járatokon díjfizető utasként repülés kivételével), hegymászás vagy egyéb magasban űzött tevékenység, esetleg kíván-e ilyen tevékenységet folytatni a jövőben? **Ha a válasz "igen", kérjük, ismertesse, hogy mely sportot és milyen szinten űzi!**

igen

nem

5. Volt-e valaha elutasított, díjmeléssel és/vagy záradékkal elfogadott biztosítási ajánlata?

igen

nem

Ezennel felmentem az engem kezelő egészségügyi intézményeket és orvosokat az orvosi titoktartás alól és felhatalmazom őket a biztosító-nak történő velem kapcsolatos információ átadására.

Aláírással igazolom, hogy a biztosítóval közölt minden adat megfelel a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése és a betegségek elhallgatása a biztosító mentesülését vonhatja maga után.

aláírás

dátum

Biztosított aláírása →



a KBC csoport tagja

egyszerűsített egészségfelmérő nyilatkozat



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

Biztosított adatai			
Biztosított neve		születési dátuma	
jelenlegi foglalkozása és munkaköre			
magassága		cm	testsúlya
			kg
kezelőorvosának neve			
kezelőorvosának címe			

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy a Részletes egészségfelmérő nyilatkozat kitöltése szükséges!

1. Volt-e Önnek valaha magas vérnyomással, cukorbetegséggel, mellkasi fájdalommal, szívbetegséggel, bármilyen érzkészervi-, vese-, hólyag-, nemi szervi, gyomor-, bél-, máj- (beleértve a hepatitis B, C hordozást), légzőszervi-, pajzsmirigy-, vér- és vérképzőszervi-, csont-, izom-, gerincbetegséggel vagy ezen szervek elégtelenségével, bármilyen agyi vagy idegrendszeri-, mentális-, AIDS vagy HIV fertőzéshez társult tünetegyüttesel, daganatos vagy bármely egyéb betegséggel, elégtelenséggel vagy fogyatékkal kapcsolatos tünete, illetve részesült-e a fentiekkel kapcsolatban orvosi ellátásban, kivizsgálásban vagy kezelésben?

igen

nem

2. A fentiekén kívül volt-e olyan komoly egészségi problémája, amely miatt orvoshoz fordult, részesült-e, műtéti kezelésben, rendszeres vagy folyamatos ellátásban, 3 éven belül 1 hétnél hosszabb ideig tartó kórházi kezelésben, illetve tervezi-e, hogy egészségügyi tanácsért, valamilyen vizsgálat vagy operáció elvégzése érdekében a közeljövőben felkeresi orvosát?

igen

nem

3. Állapítottak-e meg Önnél balesetből vagy betegségből eredően munkaképesség csökkenést, illetve szenved vagy szenvedett-e mozgásszervi megbetegedésben; az elmúlt 5 évben volt-e sérüléssel járó balesete?

igen

nem

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy kérjük, részletezze választát!

4. Folytat-e jelenleg bármilyen veszélyes tevékenységet, pl. motorsport, búvárkodás, repülés (a menetrendszeri járatokon díjfizető utasként repülés kivételével), hegymászás vagy egyéb magasban űzött tevékenység, esetleg kíván-e ilyen tevékenységet folytatni a jövőben? **Ha a válasz "igen", kérjük, ismertesse, hogy mely sportot és milyen szinten űzi!**

igen

nem

5. Volt-e valaha elutasított, díjmeléssel és/vagy záradékkal elfogadott biztosítási ajánlata?

igen

nem

Ezennel felmentem az engem kezelő egészségügyi intézményeket és orvosokat az orvosi titoktartás alól és felhatalmazom őket a biztosító-nak történő velem kapcsolatos információ átadására.

Aláírással igazolom, hogy a biztosítóval közölt minden adat megfelel a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése és a betegségek elhallgatása a biztosító mentesülését vonhatja maga után.

aláírás

dátum

Biztosított aláírása →



a KBC csoport tagja

egyszerűsített egészségfelmérő nyilatkozat



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

Biztosított adatai			
Biztosított neve		születési dátuma	
jelenlegi foglalkozása és munkaköre			
magassága		cm	testsúlya
			kg
kezelőorvosának neve			
kezelőorvosának címe			

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy a Részletes egészségfelmérő nyilatkozat kitöltése szükséges!

1. Volt-e Önnek valaha magas vérnyomással, cukorbetegséggel, mellkasi fájdalommal, szívbetegséggel, bármilyen érzkészervi-, vese-, hólyag-, nemi szervi, gyomor-, bél-, máj- (beleértve a hepatitis B, C hordozást), légzőszervi-, pajzsmirigy-, vér- és vérképzőszervi-, csont-, izom-, gerincbetegséggel vagy ezen szervek elégtelenségével, bármilyen agyi vagy idegrendszeri-, mentális-, AIDS vagy HIV fertőzéshez társult tünetegyüttesel, daganatos vagy bármely egyéb betegséggel, elégtelenséggel vagy fogyatékkal kapcsolatos tünete, illetve részesült-e a fentiekkel kapcsolatban orvosi ellátásban, kivizsgálásban vagy kezelésben?

igen

nem

2. A fentiekén kívül volt-e olyan komoly egészségi problémája, amely miatt orvoshoz fordult, részesült-e, műtéti kezelésben, rendszeres vagy folyamatos ellátásban, 3 éven belül 1 hétnél hosszabb ideig tartó kórházi kezelésben, illetve tervezi-e, hogy egészségügyi tanácsért, valamilyen vizsgálat vagy operáció elvégzése érdekében a közeljövőben felkeresi orvosát?

igen

nem

3. Állapítottak-e meg Önnél balesetből vagy betegségből eredően munkaképesség csökkenést, illetve szenved vagy szenvedett-e mozgásszervi megbetegedésben; az elmúlt 5 évben volt-e sérüléssel járó balesete?

igen

nem

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére "igen"-nel válaszol, úgy kérjük, részletezze választát!

4. Folytat-e jelenleg bármilyen veszélyes tevékenységet, pl. motorsport, bűvárokodás, repülés (a menetrendszeri járatokon díjfizető utasként repülés kivételével), hegymászás vagy egyéb magasban űzött tevékenység, esetleg kíván-e ilyen tevékenységet folytatni a jövőben? **Ha a válasz "igen", kérjük, ismertesse, hogy mely sportot és milyen szinten űzi!**

igen

nem

5. Volt-e valaha elutasított, díjmeléssel és/vagy záradékkal elfogadott biztosítási ajánlata?

igen

nem

Ezennel felmentem az engem kezelő egészségügyi intézményeket és orvosokat az orvosi titoktartás alól és felhatalmazom őket a biztosító-nak történő velem kapcsolatos információ átadására.

Aláírással igazolom, hogy a biztosítóval közölt minden adat megfelel a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése és a betegségek elhallgatása a biztosító mentesülését vonhatja maga után.

aláírás

dátum

Biztosított aláírása →



a KBC csoport tagja