

Kérjük, hogy hiánytalanul, a valóságnak megfelelően válaszolja meg az egészségi nyilatkozat kérdéseit. Hiányos vagy nem teljes körű adatközlés késedelmet okozhat a kockázatviselés megindulásában. Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben nem jelzi a meglévő betegségét, illetve egészségügyi problémáját, akkor arra vonatkozóan a biztosító nem vállal felelősséget és szolgáltatást sem nyújt. A Biztosító a kockázat elbírálása során eldöntheti, hogy az ajánlatot elfogadja-e vagy nem, vagy módosítást is alkalmazhat.

Biztosított adatai (olvasható, nyomtatott nagybetűkkel kérjük kitölteni) Ajánlatszám: _____

Vezetéknév: _____

Keresztnév: _____ Neme: nő férfi

Születési ideje: ____/____/____ (ÉÉÉÉ/HH/NN) Foglalkozás: _____

Telefon napközben: (____)-____ E-mail: _____@_____

1. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e, részesül-e kórházi, szanatóriumi ellátásban? igen nem

2. Volt-e szervátültetése, előjegyezték-e, várólistán szerepel-e? igen nem

3. Volt-e, van-e valamilyen betegsége, panasa az alábbiak közül?
Szívelégtelenség, Szívizom infarktus, Coronaria bypass, Stroke (agy érkatasztrófa), Epilepszia, Sclerosis Multiplex, Myasthenia gravis, Parkinson-kór, Alzheimer-kór, Pszichiátriai betegség, Mentális retardáció, I-es típusú Diabetés (cukorbetegség), Krónikus veseelégtelenség, HIV-fertőzés, AIDS, Nyirokcsomó-betegség vagy más Immunrendszer-betegség (különösen SLE), Lyme-kór, Rák - Rosszindulatú daganat az utóbbi 5 évben, kromoszóma-rendellenesség (például Down-kór), Progresszív izomsorvadás (Lou Gherigs (ALS))? igen nem

4. Használ, használt-e legalább 30 napig tartó időszakban heti rendszerességgel kábítószer (nem gyógykezelési céllal és az előírt dózisonak megfelelően)? igen nem

5. Részt vett-e valaha kábítószer vagy alkohol elvonókúrán? igen nem

Ha az 1-től 5-ig kérdés bármelyikére „igen”-nel válaszolt, a kockázatot nem áll módunkban Önre vállalni.

Köszönjük érdeklődését!

6. Sport/hobbi (jelenleg/5 éven belül): igen nem milyen szinten
Ha igen, sport/hobbi megnevezése _____ metttől, meddig (év) (amatőr/hobbi, versenyszerű)

(versenyszerű: igazolt, sportintézménnyel sportszerződést vagy alkalmazotti szerződést kötött)

7. Magasság: _____ cm Súly: _____ kg

8. Dohányzás: igen nem Ha igen, _____szál/nap vagy _____doboz/nap
Utóbbi 5 évben dohányzott: igen nem Ha igen, _____szál/nap vagy _____doboz/nap Leszokás éve? _____

9. Alkoholfogyasztás: igen nem Ha igen, heti mennyiség: _____
(1 egység = 10 ml alkohol, 2 egység = kb. 1 korsó sör/ 1 pohár (2 dl) bor/ rövidital (40-50 cl))

10. Halláskárosodás: igen nem Ha igen, mértéke: jobb oldal: _____ % bal oldal: _____ %

11. Szemüveg, kontaktlencse: igen nem Ha igen, dioptria: jobb oldal: _____ bal oldal: _____

12. Fogászati/szájsebészeti betegség: igen nem Ha igen, megnevezése: _____

13. Volt-e az elmúlt 2 évben orvosi szűrővizsgálaton, állapotfelmérésen? igen nem
Ha igen, elváltozást találtak-e, ideje és megnevezése: _____

14. Csak nőknek szóló kérdés: Jelenleg terhes-e? igen nem

Amennyiben a következő kérdések valamelyikére a válasza igen, kérjük részletezze és csatolja az azzal kapcsolatos orvosi dokumentumokat.

15. Áll-e jelenleg egészségügyi, orvosi kezelés alatt? igen nem
Ha igen, mióta és megnevezése: _____

16. Részesül-e rendszeres gyógyszeres kezelésben (az utóbbi 12 hónapban)? igen nem
Ha igen, mióta, gyógyszerek felsorolása, dózisa, mennyisége: _____

17. Volt-e műtét (plasztikai is), kórházi, szanatóriumi kezelés, pszichológiai, pszichiátriai tanácsadás? igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____

18. Volt-e balesete, mérgezése (pl. bénulás, mozgáskorlátozottság, hallás-, látássérülés) igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____

19. Állapítottak-e meg megváltozott munkaképességet, fenn áll-e maradandó testi hiba, fejlődési rendellenesség? igen nem

Ha igen, megállapításának ideje és megnevezése: _____

20. Terveznek-e Önnél kórházi ellátást, műtétet? igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____

Kelt _____, ____/____/____ (ÉÉÉÉ/HH/NN) _____

Biztosított/Törvényes képviselő

21. **Volt-e, van-e valamilyen betegsége, panasa az alábbi szervrendszereket érintően? Amennyiben a válasza igen, akkor kérjük részletezze és csatolja az azzal kapcsolatos orvosi dokumentumokat.**
- a. **Szív-, keringési, és érrendszeri betegség** pl. magas vérnyomás betegség, érrelmeszesedés, szívritmuszavar, tromبózis, embólia, visszereség igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- b. **Légzőszervi betegség** pl. szénanátha, asthma, krónikus hörghurut, tuberkulózis, szénanátha igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- c. **Emésztőrendszeri betegség** nyelőcső, gyomor-, bél, máj-, epehólyag-, hasnyálmirigy-betegség igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- d. **Daganat, tumor** pl. ciszta, polip, csomó, sejtrendellenesség igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- e. **Idegrendszer** pl. izomsorvadás, bénulás, epilepszia, migrén, átmeneti agyi vérellátási zavar (TIA) igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- f. **Mentális betegségek** pl. depresszió, pszichózis, viselkedési zavar, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, gyógyszer- alkohol- vagy kábítószer függőség, szorongás, krónikus fáradtság, evési zavar igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- g. **Anyagszerevezavar** pl. cukorbetegség, köszvény, zsírsanyagcsere zavar (koleszterin, triglicerid) igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- h. **Vizeletkiválasztó rendszer** pl. vesebetegség, inkontinencia, krónikus vese-, húgyhólyaggyulladás igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- i. **Nemi szervek betegsége** pl. méh-, petefészek-, emlőbetegség, prosztatagyulladás, kóros PSA-szint igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- j. **Csont-, ízület-, izombetegség** pl. gerinc betegség, ízületi gyulladás, ínhüvelygyulladás, csonttritkulás, térdízületi betegségek (pl. kopás, porcleválás), mozgásszervi panasz igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- k. **Hormonális betegség** pl. agyalapi mirigy-, pajzsmirigy-, mellékpajzsmirigy-, mellékvese betegség igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- l. **Vérképzőrendszeri betegség** pl. vérszegénység, vérzékenység, lépbetegség, leukémia, lymphoma igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- m. **Fül-, orr-, gége-, szájüregi- és szemészeti betegség** pl. orrsövényferdülés, orrmellékürege-, mandula gyulladás, szürkehályog, zöldhályog, retinaleválás igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- n. **Bőrbetegség** pl. pikkelysömör, ekcéma, bőrnövedék, basalioma, egyéb bőrdaganat igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____
- o. **Bármely más betegség** igen nem
Ha igen, ideje és megnevezése: _____

Medicovernél igénybe vett-e szolgáltatást? Volt-e, van-e Önnek Medicover Kártyája/Egészségbiztosítása vagy más magán egészségbiztosítása vagy életbiztosítása, kizárásokat vagy díjmelést tartalmazó vagy elutasított élet- vagy baleset-, illetve egészségbiztosítása? igen nem

Ha igen, biztosító neve, termék megnevezése, kizárások, pótdíj mértéke, elutasítás dátuma:

Egyéb egészségi állapotával kapcsolatos kiegészítő információ:

Kérjük, hogy az aláírt Egészségi Nyilatkozatot zárt borítékban adja át közvetítőjének vagy küldje el közvetlenül a Biztosítónak. A borítékra írja rá a „Med” szót.

Alulírott kijelentem, hogy a jelen Egészségi Nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak mindenben megfelelnek, továbbá, hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával és céljából beszerezze, nyilvántartásba vegye, kezelje és orvosi szakvélemény beszerzése céljából továbbítsa Medicover Zrt.-nek illetve szakorvosnak, továbbá hogy a megadott elérhetőségeimen (telefon, e-mail) a Biztosító, illetve a Medicover Zrt. a jelen nyilatkozatom alapján a szerződés megkötéséhez szükséges további kérdéseket tegyen fel, kiegészítő információkat kérjen. Elfogadom továbbá, hogy a biztosítással kapcsolatos teljes levelezést a Szerződőnek küldjék meg. Kijelentem, hogy ha az egészségi állapotomban változás áll be az ajánlat aláírása után, de még azelőtt, hogy a Biztosító elfogadta volna a biztosítást, köteles vagyok a Biztosítót a változásról haladéktalanul értesíteni. **A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztossítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.**

Kelt _____, _____ / ____ / ____ (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Biztosított/Törvényes képviselő