

Biztosítandó személyenként egy Egészségi nyilatkozatot kell kitölteni. Kérjük, az aláírt Egészségi Nyilatkozato(ka)t zárt borítékban adja át közvetítőjének, vagy küldje el közvetlenül a Biztosítónak. Kérjük, a borítékra írja rá a 'Med' szót.

**Biztosítandó adatai** Kérjük, a személyes adatokat hiánytalanul és olvashatóan adja meg. **Ajánlatszám** \_\_\_\_\_

Vezetéknév \_\_\_\_\_

Keresztnév \_\_\_\_\_

Születés ideje     /   /   (ÉÉÉÉ/HH/NN) Nem  nő  férfi

Telefon napközben: + (   ) -         E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Magasság    cm Súly    kg BMI   ,  Foglalkozás: \_\_\_\_\_

Sportol illetve sportolt az utóbbi 5 évben rendszeresen (hetente legalább egyszer)?  nem  igen

Ha igen, akkor hány évig? \_ \_ Pontosan mit? \_\_\_\_\_

Ön versenyző (igazolt, sportintézménnyel sportszerződést vagy alkalmazotti szerződést kötött) sportoló, vagy az volt? (a versenyző sportoló pontos értelmezéséhez lásd: Általános Egészségbiztosítási Feltételek)  nem  igen

**Kérjük, hiánytalanul, a valóságnak megfelelően válaszolja meg a most következő kérdéseket. Ha valamelyik betegség, egészségi állapotot érintő negatív körülmény megnevezését nem ismeri, akkor azzal valószínűleg nincs is megállapított problémája.**

- Jelenleg keresőképtelen állományban van, vagy részesül kórházi ellátásban illetve elő van rá jegyezve, vagy javasolták Önt kórházi ellátásra, szervátültetésre illetve műtétre, vagy szerepel szervátültetési, műtéti várólistán?  igen  nem
- Volt vagy van tünete, pozitív teszteredménye vagy diagnosztizált problémája, illetve kezelik vagy kezelték Önt az alábbiak tekintetében:  
1-es típusú Diabetes, Transzplantáció (a várólistán szerepelést is beleértve), Sclerosis multiplex, Krónikus veseelégtelen, Coronaria by-pass, Epilepszia, Szívelégtelenség, Parkinson-kór, Alzheimer-kór, HIV-fertőzés, AIDS, Nyirokcsomó-betegség vagy más Immunrendszer-betegség (különösen SLE), Lyme-kór, Rák illetve Rosszindulatú daganat, Stroke, Szívizom infarktus, Mentális retardáció, Pszichiátriai betegség vagy Mentális retardáció, Down-kór, Progresszív izomsorvadás (Lou Gherigs (ALS)), Kromoszóma-rendellenesség.  igen  nem
- Fogyasztott Ön legalább 30 napig tartó időszakban heti rendszerességgel kábítószer (nem gyógykezelési céllal és az előírt dózisnak megfelelően), vagy állt Ön valaha kábítószer fogyasztása miatti elvonó kezelés alatt?  igen  nem

Ha a fentiekből bármelyik kérdésre "igen"-nel válaszolt, a kockázatot nem áll módunkban Önre vállalni.

**Köszönjük érdeklődését!**

**Kérjük, hiánytalanul és a valóságnak megfelelően válaszolja meg a most következő kérdéseket. Ha valamelyik kérdésre 'igen'-nel felel, akkor adja meg a (meglévő) probléma meghatározását és a leírását, a körülményeket. Hiányos vagy nem teljeskörű adatközlés késedelmet okozhat a kockázatviselés megindulásában.**

- Az utóbbi 12 hónapban szedett, szed Ön rendszeresen gyógyszert, vagy kapott, kap orvosi illetve egészségügyi ellátást, vagy pszichológiai, pszichiátriai tanácsot, kezelést bármilyen módon, bármilyen célból?  
 nem -  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- Dohányzik, dohányzott Ön az utóbbi 5 évben bármilyen formában? Ha igen, kérem, adja meg a típusát és a gyakoriságát, s ha már leszokott, akkor azt, hogy mikor.  
 nem -  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- Fogyaszt, fogyasztott Ön rendszeresen alkoholt az utóbbi öt évben? Ha igen, kérjük, adja meg a heti fogyasztási mennyiséget egységben, és hogy mit fogyaszt(ott). (Információ: 1 egység = 10ml alkohol, így 2 egység = kb. 1 korsó sör, vagy 1 pohár (2dl) bor, vagy 1 rövidital (40-50 cl))  
 nem -  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- Csak nőknek szóló kérdés:** A nyilatkozat kitöltésének időpontjában várandós Ön? Ha igen, akkor adja meg, hogy hányadik hónapban van és azt, hogy veszélyeztetett terhes vagy sem.  
 nem -  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- Vannak illetve voltak tünetei, betegsége, egészségi problémája, vagy kezelik, kezelték, gyógyszert szed vagy műtetre, vizsgálatra, kezelésre elő van jegyezve az alábbi szervrendszereket érintően? Igen esetén, húzza alá a megfelelő részt.**
  - Szív- és érrendszeri, keringési rendszer** (különösen: angina pectoris, mellkasi fájdalom, megemelkedett vérnyomás, hypertónia, szívizom infarktus, szívelégtelenség, arteriosclerosis, reumás láz, szívzörej, MVP (mitrális prolapsus), szapora szívverés, szívritmus-zavar, lábfej-, térdduzzanat, vénás gyulladás, trombózis, visszereesség, visszértágulat)  nem -  igen
  - Vér-, véredény-, vénák, artériák vagy egyéb vér rendellenességek** (különösen: vérzékenység, leukémia, vérszegénység, (fertőző)májgyulladás (A, B vagy C), magas koleszterin)  nem -  igen
  - Rák, daganat, ciszta, polip, csomó, sejt-rendellenesség, bármilyen bőrbetegség, vagy bőrelváltozás, bőrrallergia** (az említetteken túl különösen: aknék, bármilyen bőrnövekedés vagy daganat, ekcéma)  nem -  igen

- d) **Szem, fül, orr, száj, mandulák, torok, nyelv, állkapocs** (különösen: szürkehályog, zöldhályog, halláskárosodás vagy sükettség, orrüreg- vagy arcüreggyulladás, orrsövényferdülés, krónikus arc- vagy orrüreg rendellenesség, fogínygyulladás, beszédzavar, állkapocs-ízületgyulladás)  nem –  igen
- e) **Hasnyálmirigy-, epehólyag-, máj, pajzsmirigy-betegség, elhízás vagy bármilyen belső elválasztású mirigyet érintő egészségi probléma** (különösen: hasnyálmirigy-gyulladás, epekő, epevezetékgyulladás, pajzsmirigygyulladás, pajzsmirigy túlműködés vagy alulműködés, Cushing-szindróma, májgyulladás)  nem –  igen
- f) **Vese, húgyhólyag, vizeletkiválasztó rendszer** (különösen: vesekő, veseelégtelenség, vizelet-, széklet inkontinencia, krónikus vese-, húgyhólyag-gyulladás)  nem –  igen
- g) **Légzőrendszer, légzőszervek, allergia** (különösen: asztma, allergia, szénanátha, TBC, tüdőbetegség, emphysema, krónikus köhögés, tüdőgyulladás)  nem –  igen
- h) **Izom- és csontrendszer** (különösen: gerincferdülés, porckorong-sérv, hátgerinc vagy más hát probléma, reuma, fibromyalgia, más reumás ízületi gyulladás, köszvény, íngyulladás, kéztőalagút szindróma, csonttrikulás, más ín, porc, csont vagy ízületi rendellenesség)  nem –  igen
- i) **Nemi szervek** (különösen: veszélyeztetett terhesség, menopausa, petefészek-ciszta, leiomyoma, myoma, fibróma, emlőciszta vagy -csomó, meddőség vagy nemzőképtelenség, prosztatagyulladás vagy emelkedett PSA-szint, heresérv, szexuális úton terjedő betegségek)  nem –  igen
- j) **Emésztő- vagy gyomor-bélrendszer, ételallergia** (különösen: refluxbetegség, gyomorégés, gastritis, gyulladós bélbetegség, gyomorfekély, bélrendszeri polip)  nem –  igen
- k) **Idegrendszer** (különösen: izomsorvadás, bénulás, rángógörcs, görcsroham, migrén vagy fejfőrcs, krónikus fejfájás, stroke vagy átmeneti agyi vérellátási zavar)  nem –  igen
- l) **Mentális rendellenességek** (különösen: depresszió, pszichózis, viselkedési zavar, figyelemhiányos hiperaktivitászavar bármilyen formája, gyógyszer-, túlzott alkohol, vagy kábítószer fogyasztás illetve függőség, szorongás, krónikus fáradtság, evési zavar)  nem –  igen
- 9. Előfordult-e Önnél sérüléssel járó baleset, bénulás, mozgáskorlátozottság, halláskárosodás, megvakulás, bármilyen más betegség, sérülés, fertőzés, egészségi probléma vagy kóros megelőző állapot vagy rendellenesség, vagy van 30%-ot elérő (maradandó vagy rehabilitálható) egészségkárosodása, vagy munkaképtelen, esetleg egészségkárosodás vagy munkaképtelenség megállapítása folyamatban van Önnél?  
 nem –  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- 10. Szenved Ön bármilyen betegség, sérülés, rendellenesség, gyógyszer mellékhatásától vagy következményétől?  
 nem –  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- 11. Visel Ön szemüveget vagy kontaktlencsét?  
 nem –  igen, meghatározás, leírás (erőssége): \_\_\_\_\_
- 12. Van Önnek fogászati illetve szájsebészeti ellátást igénylő egészségi problémája?  
 nem –  igen, meghatározás, leírás: \_\_\_\_\_
- 13. Van vagy volt Önnek bármikor más magán egészségbiztosítása, Medcover-kártyája vagy volt Önnek már külön kizárásokat tartalmazó és/vagy pótdíjas illetve elutasított egészség- vagy életbiztosítása?  
 nem –  igen, meghatározás, leírás  
 (Biztosító/Cég neve, termék neve, lejárat dátuma vagy tételes kizárások, pótdíj mértéke, elutasítás dátuma):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Egyéb illetve kiegészítő egészségügyi, egészségi állapotával kapcsolatos információ. További megjegyzések:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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, illetve biztosítási szolgáltatással kapcsolatban és céljából beszerezze, nyilvántartásba vegye és kezelje, továbbá hogy a megadott elérhetőségeimen (telefon, e-mail) a Biztosító illetve a Medcover 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 biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.**

Kelt \_\_\_\_\_,     /   /   (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Nyilatkozattevő Biztosítandó/Törvényes képviselőjének aláírása

Adminisztráció tölti ki!	Érkeztetés helye _____	Érkeztetés dátuma ____ - ____ - ____
A nyilatkozatot ellenőrizte, Név _____		Ellenőrzés dátuma ____ - ____ - ____
Aláírás _____	Archiválás azonosítója _____	Archiválás dátuma ____ - ____ - ____