

Biztosított családi neve: _____ Utóneve: _____
 Születési neve: _____ Anyja neve: _____
 Születési ideje, helye: ____ / ____ / __, _____ Férfi Nő Adóazonosító jele: _____
 Jelenlegi foglalkozása: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb
 Címe: ir. szám _____ helység _____ utca _____
 hsz. _____ lh. _____ emelet _____ ajtó _____ Telefon _____
 Levelezési címe: ir. szám _____ helység _____ utca _____
 hsz. _____ lh. _____ emelet _____ ajtó _____
 E-mail címe: _____ Állampolgársága: _____
 Azonosító okm. sz. (útl., sz.ig., tartózk. eng.): _____ Érvényessége: _____ Kiállító: _____

Szolgáltatás	BH:	BR:	BT:	BK:	BJ:	BS:.....	BS:.....
	Ft	Ft	Ft	Ft	Ft	Ft	Ft
Éves díj:							
Kockázati besorolás:					Biztosítottra vonatkozó éves díj:		Ft

- Foglalkozása, kereső tevékenysége:

- Testmagasság: _____ cm
 Testsúly: _____ kg
 Vérnyomás: _____ / _____ Hgmm
- Van-e hobbija? Nincs Van
 Megnevezése, kezdete:

- Kedvtelésből vagy versenyszerűen sportol-e jelenleg,
 illetve sportolt-e régebben? Nem Igen
 Sportága(i), szintje, kezdete, befejezése:

- Volt-e súlyos balesete? Nem Igen
 Időpontja, a sérült testrész(ek) (páros testrésznél az oldal is):

- Volt-e súlyos műtete? Nem Igen
 Jellege, időpontja:

- Fennáll-e valamilyen maradandó egészségkárosodása?
 Nem Igen
 Jellege, kezdete, oka, mértéke:

- Tud-e mozgásszervi betegségről? Nem Igen
 Jellege, kezdete, oka: (csont, ízület, izom stb.)

- Elfogta-e valamikor hirtelen
 gyengeség, szédülés vagy ájulás? Nem Igen
 Hány alkalommal, mikor és (ha ismeri) mi volt az oka?

- Van-e valamilyen látászavara? Nincs Van
 Jellege, kezdete (a szemüveg/kontaktlencse dioptria
 adatai is):

- Van-e valamilyen hallászavara? Nincs Van
 Jellege, kezdete, halláskárosodásának mértéke:

- Valamilyen betegsége miatt szed-e rendszeresen gyógyszert?
 Nem Igen
 A gyógyszer, napi adagja, a rendszeres
 szedés kezdete, betegsége:

- Van-e egészségkárosító szenvedélye? (dohányzás,
 alkohol, kábítószer) Nincs Van
 Jellege, kezdete, mértéke:

- Előfordult-e, hogy a jogosítványát bevonták?
 Nem Igen
 Időpontja, tartama, oka:

Baleseti halál esetén kedvezményezett: _____

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Egyidejűleg hozzájárulok, hogy az egészségi állapotommal összefüggő egészségügyi adataimat a biztosító kezelheti, valamint felmentem a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik vizsgáltak (kezeltek), továbbá felhatalmazom azokat a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, hatóságokat (OEP, OOSZI, mentőszolgálat, rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárhatnak, hogy a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák.

Jelen aláírással igazolom, hogy a Nyilatkozat tartalmát megismertem.

Kelt: _____ / _____ / _____ / _____

 biztosított aláírása