



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Egészségi nyilatkozat Med TopDoc betegségbiztosításokhoz

Érvényes: 2019. április 1-től

Ajánlatszám: Biztosításközvetítő kódja:

számú biztosított

Azonos a biztosított a szerződéssel: igen nem

Biztosított családi és utóneve:

Születés kori név:

Születési idő:

Születési hely:

Neme:

Édesanyja neve:

Lakcím: irányítószám, helység, közterület neve, jellege, házsám, emelet, ajtó:

A kérdéseket a biztosítottaknak kell megválaszolni!

<p>1. Az elmúlt 10 évben az alábbi betegségek bármelyikét megállapították-e Önnél, vagy kapott-e Ön kezelést az alábbi betegségek bármelyikével kapcsolatban?</p> <p>A) A rák bármilyen formája, leukémia, Hodgkin-kór, limfóma, szarkóma vagy melanóma</p> <p>B) Bármilyen rákmegelőző állapot vagy elváltozás, borderline-tumor (határeseti daganat), diszplázia (hámrendellenesség), prosztata-megnagyobbodás vagy a vér megemelkedett tumormarkersizintje (PSA), rendellenes méhnyaki kenet vagy mammográfiai eredmény, pajzsmirigy-túlműködés, polip a vastagbélben, a vékonybélben és/vagy a gyomorban, továbbá vérző, fájdalmas, elszíneződött vagy megnőtt anyajegy vagy szeplő, amelyből nem gyógyult ki teljesen és/vagy amellyel kapcsolatban nem nyilvánították teljesen gyógyultnak</p> <p>C) Egy hónapot meghaladó kezelést igénylő, bármilyen vérképzési rendellenesség vagy örökölt immunzavar, amely a speciális étrenden kívül rendszeres vagy folyamatos kezelést igényel (például aplasztikus vérszegénység, limfóma, leukémia, mieloma, mielodispláziás szindróma, sarlósejtes anémia, thalassémia)</p> <p>D) Bármilyen – tumor, daganat, ciszta vagy – szív- és vérkeringési kór állapot (például szélütés), átmeneti agyi keringési zavar (átmeneti iszkémiás roham – TIA), agyvérzés, rendellenes véregek (arteriális deformitások, aneurizmák, trombusok vagy vérrögök az agyban) az agyban vagy az agy környékén</p> <p>E) Bármilyen szívbetegség, például szívinfarktus, angina, koszorúér betegség, szívbillentyű-rendellenesség, szívzörej vagy reumás láz, szívelégtelenség, szívnagyobbodás vagy kardiomiopátia (válasza lehet NEM, ha Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterinszinttel kezelik)</p> <p>F) Cukorbetegség (válasza lehet NEM, ha Önt csak terhességi cukorbetegséggel kezelik)</p> <p>G) Krónikus veseelégtelenség, dialízis, májcirrózis (májzsugorodás) vagy krónikus májelégtelenség</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>2. Van-e olyan vér szerinti szülője, testvére, akit annak 50. születésnapja előtt diagnosztizáltak valamilyen szív- és érrendszeri betegséggel (szívinfarktus, bypass műtét vagy agyvérzés), policisztás vesebetegséggel vagy bél-, mell-, vastagbél-, petefészek-, prosztata-, hasnyálmirigy- vagy vesedaganattal, melanómával?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>3. Vannak-e most vagy voltak-e az elmúlt 6 hónapban olyan állandó vagy rendszeresen visszatérő tünetei és/vagy jelei, amelyeket még nem vizsgáltatt meg?</p> <p>Az előbbiekre tartozik például csomó a mellben vagy a herékben, végbélvérzés, véres vizelet, szokatlan köhögés, sárgaság, indokolatlan súlyvesztés, sűrűsödő fejfájás, látási problémák (elmosódott/kettős látás, indokolatlan látásvesztés), indokolatlan hallásvesztés, nehezített beszéd, végtaggyengeség, rohamok, görcsök vagy ájulás és rendhagyó vérvételi laboreredmények.</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>4. Kér-e vagy kért-e Ön időpontot szakorvostól vagy kórháztól azzal a céllal, hogy a fenti 3. kérdésben felsorolt tünetek bármelyikét bejelentse vagy megvitassa; illetve részt vett-e ezen tüneteket vagy jeleket vizsgáló teszten, eljárásban vagy elemzésben, amelynek eredményét most várja?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>5. Kért-e Ön az elmúlt 12 hónapban időpontot mágneses rezonanciás képalkotást (MRI-t) alkalmazó mellvizsgálatra?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>6. Volt-e Önnek szervátültetése, vagy ajánlottak-e már fel Önnek szervátültetést, vagy esetleg szerepel-e valamilyen szervátültetési várólistán?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, továbbá, hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat kezelje. Alulírott, mint a szerződés biztosítottja, kijelentem, hogy mindazokat az orvosokat, akik eddig kezeltek vagy vizsgáltak, illetve a jövőben kezelni vagy vizsgálni fognak, az UNIQA Biztosító Zrt.-vel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem abból a célból, hogy a biztosító az egészségi állapottal összefüggő adataimat – a biztosítási szerződés létrehozása, kezelése, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása érdekében – megismerje és felhasználja. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közzététel kötelezettségét alapoz meg.

Dátum: _____

biztosított sajátkezű aláírása



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Egészségi nyilatkozat Med TopDoc betegségbiztosításokhoz

Érvényes: 2019. április 1-től

Ajánlatszám: Biztosításközvetítő kódja:

számú biztosított

Azonos a biztosított a szerződéssel: igen nem

Biztosított családi és utóneve:

Születés kori név:

Születési idő:

Születési hely:

Neme:

Édesanyja neve:

Lakcím: irányítószám, helység, közterület neve, jellege, házsám, emelet, ajtó:

A kérdéseket a biztosítottaknak kell megválaszolni!

<p>1. Az elmúlt 10 évben az alábbi betegségek bármelyikét megállapították-e Önnél, vagy kapott-e Ön kezelést az alábbi betegségek bármelyikével kapcsolatban?</p> <p>A) A rák bármilyen formája, leukémia, Hodgkin-kór, limfóma, szarkóma vagy melanóma</p> <p>B) Bármilyen rákmegelőző állapot vagy elváltozás, borderline-tumor (határeseti daganat), diszplázia (hámrendellenesség), prosztata-megnagyobbodás vagy a vér megemelkedett tumormarkersizintje (PSA), rendellenes méhnyaki kenet vagy mammográfiai eredmény, pajzsmirigy-túlműködés, polip a vastagbélben, a vékonybélben és/vagy a gyomorban, továbbá vérző, fájdalmas, elszíneződött vagy megnőtt anyajegy vagy szeplő, amelyből nem gyógyult ki teljesen és/vagy amellyel kapcsolatban nem nyilvánították teljesen gyógyultnak</p> <p>C) Egy hónapot meghaladó kezelést igénylő, bármilyen vérképzési rendellenesség vagy örökölt immunzavar, amely a speciális étrenden kívül rendszeres vagy folyamatos kezelést igényel (például aplasztikus vérszegénység, limfóma, leukémia, mieloma, mielodispláziás szindróma, sarlósejtes anémia, thalassémia)</p> <p>D) Bármilyen – tumor, daganat, ciszta vagy – szív- és vérkeringési kór állapot (például szélütés), átmeneti agyi keringési zavar (átmeneti iszkémiás roham – TIA), agyvérzés, rendellenes véregek (arteriális deformitások, aneurizmák, trombusok vagy vérrögök az agyban) az agyban vagy az agy környékén</p> <p>E) Bármilyen szívbetegség, például szívinfarktus, angina, koszorúér betegség, szívbillentyű-rendellenesség, szívzörej vagy reumás láz, szívelégtelenség, szívnagyobbodás vagy kardiomiopátia (válasza lehet NEM, ha Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterinszinttel kezelik)</p> <p>F) Cukorbetegség (válasza lehet NEM, ha Önt csak terhességi cukorbetegséggel kezelik)</p> <p>G) Krónikus veseelégtelenség, dialízis, májcirrózis (májzsugorodás) vagy krónikus májelégtelenség</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p> <p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>2. Van-e olyan vér szerinti szülője, testvére, akit annak 50. születésnapja előtt diagnosztizáltak valamilyen szív- és érrendszeri betegséggel (szívinfarktus, bypass műtét vagy agyvérzés), policisztás vesebetegséggel vagy bél-, mell-, vastagbél-, petefészek-, prosztata-, hasnyálmirigy- vagy vesedaganattal, melanómával?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>3. Vannak-e most vagy voltak-e az elmúlt 6 hónapban olyan állandó vagy rendszeresen visszatérő tünetei és/vagy jelei, amelyeket még nem vizsgáltatt meg?</p> <p>Az előbbiekre tartozik például csomó a mellben vagy a herékben, végbélvérzés, véres vizelet, szokatlan köhögés, sárgaság, indokolatlan súlyvesztés, sűrűsödő fejfájás, látási problémák (elmosódott/kettős látás, indokolatlan látásvesztés), indokolatlan hallásvesztés, nehezített beszéd, végtaggyengeség, rohamok, görcsök vagy ájulás és rendhagyó vérvételi laboreredmények.</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>4. Kér-e vagy kért-e Ön időpontot szakorvostól vagy kórháztól azzal a céllal, hogy a fenti 3. kérdésben felsorolt tünetek bármelyikét bejelentse vagy megvitassa; illetve részt vett-e ezen tüneteket vagy jeleket vizsgáló teszten, eljárásban vagy elemzésben, amelynek eredményét most várja?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>5. Kért-e Ön az elmúlt 12 hónapban időpontot mágneses rezonanciás képalkotást (MRI-t) alkalmazó mellvizsgálatra?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>
<p>6. Volt-e Önnek szervátültetése, vagy ajánlottak-e már fel Önnek szervátültetést, vagy esetleg szerepel-e valamilyen szervátültetési várólistán?</p>	<p><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem</p>

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, továbbá, hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat kezelje. Alulírott, mint a szerződés biztosítottja, kijelentem, hogy mindazokat az orvosokat, akik eddig kezeltek vagy vizsgáltak, illetve a jövőben kezelni vagy vizsgálni fognak, az UNIQA Biztosító Zrt-vel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem abból a célból, hogy a biztosító az egészségi állapottal összefüggő adataimat – a biztosítási szerződés létrehozása, kezelése, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása érdekében – megismerje és felhasználja. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közzététel kötelezettségét alapoz meg.

Dátum:

biztosított sajátkezű aláírása