



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

# Med Help III. Betegségbiztosítás

Egészségi  
nyilatkozat

## Biztosított

Családi és utóneve:

Születési ideje:

Magassága:

 cm

Testsúlya:

 kg

Vérnyomása:

 /  Hgmm

Dohányzik-e, dohányzott-e (cigaretta, szivar, pipa)? Ha igen, naponta mit, mennyit?

Szeszesitalt fogyaszt-e, fogyasztott-e rendszeresen vagy alkalmasszerűen? Ha igen, mit, mennyit és milyen gyakorisággal?

A biztosított **kijelenti**, hogy az alábbi állítások mindegyikének eleget tesz:

- A) • jó egészségi állapotban van,  
• nem szenved semmilyen betegségben vagy testi rendellenességben;  
nincs testi, szellemi fogyatékosága, sem testi vagy érzékszervi hibája;  
nem HIV-pozitív  
• nem áll orvosi vagy gyógyászati kezelés alatt;  
nem szed semmilyen gyógyszert, gyógyhatású készítményt
- B) • nincs betegállományban;  
kórházi fekvőbeteg gyógykezelését nem tervezik, és erre vonatkozó orvosi javaslat sem áll fenn  
• nem volt soha műtétje, és nem áll műtéti előjegyzés alatt  
• nincs munkaképesség-csökkenése, és nem is nyújtott be munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelmet;  
nem rokkantsági nyugdíjas, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas
- C) • nem volt és jelenleg sem kábítószer-élvező;  
nem alkoholfüggő  
• nem űzött, űz veszélyes tevékenységet vagy veszélyes sportot;  
• nem dolgozott vagy dolgozik veszélyes munkahelyen (például sugárzás, mérgező gázok, robbanóanyag közelében);  
nem hivatásos sportoló
- D) nem részesül / részesült az alábbi okok miatt kezelésben, kontrollvizsgálatokban
- daganatos (rákos) megbetegedések
  - szív, keringési, érrendszeri megbetegedések; stroke
  - vérképző-, nyirok- és immunrendszeri megbetegedések; AIDS
  - anyagcsere, emésztőrendszeri megbetegedések; cukorbetegség
  - vese- vagy májkárosodás; veseelégtelenség, májgyulladás
  - légzőszervi megbetegedések
  - mozgásszervi megbetegedések; gerincbántalom, reuma
  - krónikus ízületi gyulladás
  - súlyos fertőző betegségek (például TBC, malária)
  - súlyos sérülések (például koponya-, agysérülés, bénulás)

**Alulírott, kijelentem**, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. **Alulírott, hozzájárulok ahhoz**, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet. **Tudomásom van** arról, hogy valótlán adatok közlése közlési kötelezettségsértést alapoz meg. **Alulírott biztosított kijelentem**, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a Biztosítási Feltételek Adatkezelés, adatvédelem pontját elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum

a biztosított/törvényes képviselő saját kezű aláírása

**Amennyiben a biztosított jelen nyilatkozatot nem tudja megtenni, a következő részletes egészségi kérdőív kitöltése szükséges!**

Az egészségi nyilatkozat kérdéseit a biztosítottnak szöveges válasszal kell kitölteni (kihúzás nem felel meg válasznak).

1. Jelenleg áll-e gyógykezelés alatt valamilyen betegséggel, panasszal?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mi az, milyen jellegű, mióta?
2. Jelenleg táppénzes, betegállományban van-e?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mióta és milyen betegség(ek) miatt?
3. Szedett-e, szed-e alkalmoszerűen vagy rendszeresen gyógyszert, drogot, kábítószer?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, sorolja fel a következőket: szer neve, adagja, a szedés kezdete:
4. Rokkant-e, járadékos-e?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mióta, milyen mértékben és a mi a leszázalékolás oka:
5. Van-e testi, érzékszervi hibája, bármilyen fogyatékosága?	<input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van	Ha igen, milyen jellegű, mióta? Látáscsökkenés, zavar (oka: baleset vagy egyéb) _____ dioptria: _____ Halláscsökkenés: zavar (oka: baleset vagy egyéb) _____ mértéke: _____
6. Van-e születési, fejlődési rendellenessége, valamilyen krónikus betegsége?	<input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van	Ha igen, mi az, milyen jellegű, mióta áll fenn?
7. Az elmúlt 5 évben állt-e gyógykezelés alatt?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, hol, milyen betegség, panasz miatt, mettől meddig, milyen gyógykezelésben részesült?
8. Vannak vagy voltak megbetegedései a következő szerveinek?		
a) Keringési rendszer (pl. szív, érrendszer, vérnyomás, ájulás, szédülés)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
b) Légzőszervek (tüdő, hörgők, stb., asztma, TBC, bronchitis)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
c) Orr, fül (pl. melléküregi megbetegedés, középfül-gyulladás, nagyothallás)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
d) Csontok, ízületek, inak, izmok (csontvelő-gyulladás, gerincbántalmak, reuma, arthrosis)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
e) Idegrendszer, agy vagy szellemi fogyatékoság (pl. isiász, epileptikus vagy más rohamok, depresszió, neurózis)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
f) Vér-, nyirok-, anyagcsere-rendszer (pl. anémia, leukémia, allergia, pajzsmirigybetegség, cukorbetegség, köszvény, nyirokerek, nyirokcsomók)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
g) Emésztőrendszer (pl. gyomor, bél, máj, epe, hasnyálmirigy)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
h) Kiválasztó-rendszer és nemi szervek (pl. vese, here, prosztata, nőgyógyászati panaszok)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
9. Vannak vagy voltak		
a) Fertőző betegségei? (pl. sárgaság, immungyengeség, stb.)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
b) Bőrelváltozások, kinövések, daganatok (pl. karcinóma, szarkóma)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen típusú probléma?
10. Voltak olyan vérvizsgálatai, amelyek vírusos megbetegedést (antitest is) vagy más egyéb kóros megbetegedést mutattak ki? (pl. reuma, hepatitis, allergia, AIDS, stb.)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Milyen sérülés következményeként?
11. Volt-e valamikor műtétje? Áll-e műtéti előjegyzés alatt?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor, milyen okból?
12. Részesült-e radioaktív vagy sugárkezelésben?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, milyen betegség miatt, mikor, milyen kezelést kapott?
13. Szenved-e vagy szenvedett-e ismétlődő fájdalmakban vagy egyéb panaszokban?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikor és milyen panaszok?
14. Van vagy volt egyéb megbetegedése, melyre nem irányult kifejezetten egy kérdés sem?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, nevezze meg mikor milyen betegség:
15. Volt már balesete vagy sérülése?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, milyen, milyen következményekkel, van-e maradandó károsodása, milyen mértékű?
16. Veszélyes munkahelyen dolgozik-e, dolgozott-e (pl. sugárzás, mérgező gázok, robbanó anyag)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, részletezze:
Úz-e, űzött-e veszélyes tevékenységet vagy bármilyen sportot akár hobbiszinten is?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, részletezze:
17. Tartózkodott-e az EU országain kívül az elmúlt két évben?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, milyen célból? Munka, tanulás, egyéb: Külföldi tartózkodás helye és tartama:
18. Betegbiztosítási igazolványát kinek adta le, vagy házi orvosának neve, címe:		

**Alulírott, kijelentem**, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. **Alulírott, hozzájárulok ahhoz**, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszerzése, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatban eljárás) szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél lehet. **Tudomásom van** arról, hogy valótlán adatok közlése közlési kötelezettségsértést alapoz meg. **Alulírott biztosított kijelentem**, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a Biztosítási Feltételek Adatkezelés, adatvédelem pontját elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum

a biztosított/törvényes képviselő saját kezű aláírása

Figyelem! Ha egy ponton belül több kérdés szerepel, valamennyire választ kell adni a megfelelő kérdés megjelölésével!