



Ajánlat

Med Help III.  
Betegségbiztosítás

2018. július 20-tól érvényes



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

## Nyilatkozat

A biztosítóról és az általam választott **Med Help III.** nevű betegségbiztosítási termékről a biztosítási szerződés megkötése előtt tájékoztatást kaptam, és az általam átvett dokumentumok tartalmát az ajánlat aláírása előtt megismertem.

Az átvett dokumentumok felsorolása

1. Általános betegségbiztosítási feltételek 005
2. A Med Help III. betegségbiztosítás szerződési feltételei. Termékkód: 325, 326, 327, 328
3. A Med Help III. betegségbiztosítás függelékei
4. A Med Help III. betegségbiztosításhoz tartozó ügyféltájékoztató
5. Biztosítási termékismertető
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a szerződő aláírása

\_\_\_\_\_ biztosított/törvényes képviselő aláírása  
(ha nem azonos a szerződővel)

### Nyilatkozat elektronikus kommunikációról

Szerződő kérem, hogy jelen nyilatkozatom megtételét követően az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) valamennyi jelen szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatot, dokumentumot, szolgáltatással összefüggő lényeges információt, így akár biztosítási titkokat is, elektronikus úton küldjön meg részemre az általam szerződéshez megadott mindenkori e-mail címre, vagy telefonszámra. Tudomásul veszem, hogy kivételt képezhetnek az elektronikus kommunikáció alól a jogszabályban meghatározott esetek, vagy egyéb fontos, például technikai, biztonsági okok, üzemzavar esete.

Tudomásul veszem, hogy a megadott adatok valóságáért felelősséggel tartozok, azok megváltozását, megszűnését a Biztosítónak haladéktalanul köteles vagyok bejelenteni. Tudomásul veszem, hogy ezen kötelezettség megszegéséből, késedelmes vagy hibás teljesítéséből, valamint a Biztosító ellenőrzési körén kívül felmerülő hibákból, üzemzavarokból eredő károkért, a Biztosító nem vállal felelősséget.

Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatom az UNIQA Befektetéskezelő rendszerre nem vonatkozik.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájárulásomat a kötvényszám feltüntetésével az 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. címre a Biztosítónak címzett postai küldeményben, vagy a jelen nyilatkozathoz tartozó mindenkori e-mail címről az info@uniqa.hu e-mail címre megküldött elektronikus levél formájában bármikor visszavonhatom.

A nyilatkozatban foglaltakat tudomásul vettem és magamra nézve kötelezőnek tekintem:

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ szerződő aláírása

### Hozzájáruló nyilatkozat marketing megkereséshez

Jelen nyilatkozattal adott kifejezett hozzájárulásommal feltétel nélkül beleegyezek abba, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. marketing tevékenység, valamint közvetlen üzletszerzés céljából elektronikus levelezés vagy más egyéni kommunikációs eszköz útján, és postai úton megkeressen. Jelen közvetlen megkereséshez adott hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás és indokolás nélkül, ingyenesen visszavonható **névvel, születési idővel, lakcímmel és partnerkóddal ellátott** és a következő e-mail címre megküldött nyilatkozattal: lemondom@uniqa.hu; postai úton: UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. „Központi szerződés-feldolgozási osztály” címre.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt hozzájárulás megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ szerződő aláírása



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

# Med Help III. Betegségbiztosítás

# Ajánlat

Ajánlatszám:  Kötvényszám:  Érkeztetés:

## Szerződő (ha magánszemély)

Partnerkód:

Neme:  férfi  nő

Van-e más biztosítása Társaságunknál?

igen  nem

Családi és utóneve:

Születéskori (előző, leánykori) neve:

Születési idő:

Születési hely:

Állampolgársága:

Foglalkozása (tényleges tevékenysége):

Édesanyja születéskori családi és utóneve:

Lakcíme /ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Levelezési címe/ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Tel./fax:

E-mail cím:

Személyazonosító igazolvány, típusa, száma, betűjele:

Érvényessége (év, hó, nap):

Lakcímgazoló kártya száma, betűjele:

Adóazonosító jele:

## Szerződő (ha nem magánszemély)

Partnerkód:

Cég teljes neve:

Cég cégjegyzék (azonosító okirat) száma:

Cég adószáma:

Székhely, fióktelep címe/ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Cégjegyzésre, képviselőre jogosult családi és utóneve:

Cég e-mail címe:

Születési idő:

Születési hely:

Személyazonosító igazolvány, típusa, száma, betűjele:

Érvényessége (év, hó, nap):

## Biztosított

Partnerkód:

Azonos a szerződéssel:  igen  nem

Családi állapota:  nőtlen  hajadon  
 házas  elvált  özvegy

Neme:  férfi  nő

Van-e élet-, baleset- vagy betegség-  
biztosítása Társaságunknál?  igen  nem

Igen esetén mekkora biztosítási összegre:

Ft

Ft

Ft

Van-e élet-, baleset- vagy betegségbiztosítása  
más biztosítótársaságnál?  igen  nem

Igen esetén mekkora biztosítási összegre:

Ft

Ft

Ft

Családi és utóneve:

Születéskori (előző, leánykori) neve:

Születési idő:

Születési hely:

Állampolgársága:

Foglalkozása (tényleges tevékenysége):

Édesanyja leánykori (születéskori) családi és utóneve:

Lakcíme /ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Tel./fax:

E-mail cím:

Személyazonosító igazolvány, típusa, száma, betűjele:

Érvényessége (év, hó, nap):

Lakcímgazoló kártya száma, betűjele:

<b>Szerződés egyéb adatai</b>  Termékkód: <input type="text"/>	Biztosítás és díjfizetés kezdete: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
	Kockázatviselés lejárata: <input type="checkbox"/> 65 éves korban <input type="checkbox"/> 70 éves korban <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
	Díjfizetés gyakorisága: <input type="checkbox"/> éves <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> negyedéves <input type="checkbox"/> havi
	Díjfizetés módja: <input type="checkbox"/> bankkártyás díjfizetés <input type="checkbox"/> csekk <input type="checkbox"/> banki átutalás (lehívással) <input type="checkbox"/> banki átutalás (egyéniileg) <input type="checkbox"/> gazdálkodó szerv számlájáról
	Szerződő utalási bankszámla száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>Díjszámítás</b>	<b>Biztosítási csomag</b>	Biztosított belépési kora: <input type="text"/> <input type="text"/>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Biztosítási csomag neve</th> <th>Alapdíj (Ft/év)</th> <th>Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)</th> <th>Fizetendő díj (Ft/év)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bázis</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Standard</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Optimum</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prémium</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Biztosítási csomag neve	Alapdíj (Ft/év)	Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)	Fizetendő díj (Ft/év)	<input type="checkbox"/> Bázis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Optimum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Prémium	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biztosítási csomag neve	Alapdíj (Ft/év)	Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)	Fizetendő díj (Ft/év)																		
<input type="checkbox"/> Bázis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Standard	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Optimum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Prémium	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
	<b>Befizetendő díjelőleg (minimum 2 havi díj):</b>	<input type="text"/> Ft																			
	<b>Gyakoriság szerint fizetendő díj:</b>	<input type="text"/> Ft																			
	<b>Díjelőleg csekk sorszáma:</b>	<input type="text"/>																			

### Általános nyilatkozatok, hozzájárulások

- A Szerződő és a Biztosított aláírásával igazolják, hogy a biztosítási feltételeket, Ügyféltájékoztatót és a biztosítási termékismertetőt megismerték, tudomásul vették, elfogadták, és annak egy példányát átvették.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban és az egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek, azokat pontosan jegyezték le, valamint tudomásul veszik, hogy valótlan adatok közlése vagy a valós adatok elhallgatása a Biztosító mentesülését vonhatja maga után.
- A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy rendelkeznek felhatalmazással a kedvezményezett adatainak megadására, továbbá a Szerződő vállalja az adatvédelmi tájékoztatás átadását a kedvezményezett részére.
- Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a **bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől** függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Az adatkezeléssel kapcsolat további információt az Általános betegségbiztosítási feltételek „**Adatkezelés, Adatvédelem**” című pontja tartalmazza.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket (ld. az Általános betegségbiztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja) elolvasták, megértették és tudomásul vették.
- Alulírott Biztosított kijelenti, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint az adatvédelmi rendelkezéseket is tartalmazó biztosítási feltételeket **elolvasta, megértette és tudomásul vette**, és hozzájárul a biztosítási szerződés megkötéséhez.
- A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a jelen ajánlatban rögzített adataik, **valamint a biztosított foglalkozásának és szabadidős tevékenységének** megváltozását 15 munkanapon belül írásban kell jelenteniük a Biztosítónak.
- A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a Biztosítónak jogában áll a jelen egészségügyi vizsgálathoz kötött ajánlatot – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységhez történő beérkezéstől számított – 60 napos határidőn belül indokolás nélkül elutasítani. Az ajánlattal egyidejűleg beszedett díjelőleget a Biztosító jelen ajánlat elfogadása esetén díjfizetesként betudja, az ajánlat elutasítása esetén pedig a Szerződő részére visszautalja.
- Szóbeli közlések vagy kikötések csak akkor érvényesek, ha azokat a Biztosító illetékes szerve írásban igazolja.
- A Biztosító jelen ajánlaton kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy az ajánlatot a Biztosító visszautasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- Kijelentem, hogy igényeim és szükségleteim felmérésére pontosan került sor.
- Megértettem, hogy a jelen biztosítási értékesítés során  tanácsadás történt  nem történt tanácsadás
- Kijelentem, hogy a jelen biztosítási szerződés megkötésére vonatkozóan megfelelő tanácsadásban részesültem, amely során az igényeimnek és szükségleteimnek leginkább megfelelő termék kiválasztása történt meg.  
Kijelentem továbbá, hogy a tanácsadás minősége és terjedelme vonatkozásában nincs kifogásom.
- A tanácsadással kapcsolatban a következő kifogásokkal élek: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

A magánszemély szerződő aláírásával igazolja, hogy a szerződést saját nevében köti. Nem magánszemély szerződő esetén a szerződés aláírója kijelenti, hogy ő jogosult a jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező más szervezet képviseletére.

\_\_\_\_\_ szerződő aláírása

\_\_\_\_\_ biztosított/törvényes képviselő aláírása (ha nem azonos a szerződővel)

A szerződő és a biztosított azonosítását a jogszabályokban – különös tekintettel a pénzügyi törvényben – meghatározott módon elvégeztem.

Biztosításközvetítő neve: <input type="text"/>		
Kódja: <input type="text"/>	Területi kódja: <input type="text"/>	Felügyeleti nyilvántartási száma: <input type="text"/>

\_\_\_\_\_ biztosításközvetítő aláírása



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 alapol 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!