Ajánlatszám:

Kötvényszám: Üzletkötő kódja:

Egészségi nyilatkozat

Szükséges orvosi vizsgálat? ☐ igen ☐ nem

Kérjük, válaszoljon minden kérdésre! A kérdésekre adott válaszát a kiegészítések blokkban szíveskedjen részletesen kifejteni! Kérjük továbbá az orvosi dokumentumok, vizsgálati leletek, kórházi zárójelentések másolatait lezárt borítékban csatolja az egészségi nyilatkozathoz.

Biztosított neve: Születési dátuma: év, hó, nap

Anyja születéskori neve:

Házi vagy kezelőorvosa neve:

Címe: Telefonszáma:

1. Magassága/testsúlya/vérnyomása:

cm / kg / / Hgmm

Testsúlya változott-e az elmúlt évben? ☐ igen ☐ nem

Csökkenés: - **kg Növekedés:** - **kg**

Volt-e, van-e vérnyomásával panasza? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, kérjük, töltse ki a magas vérnyomás kérdőívet!

2. Dohányzik, vagy az elmúlt egy évben dohányzott-e? ☒ igen ☐ nem

3. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alább felsorolt betegségekben, illetve van-e, volt-e valamilyen panasza? (Jelölje be a betegségcsoportot és a kiegészítésekben részletezze!)

☐ Légzőrendszeri betegség, asztma, allergia (pl.: gyógyszer, pollen, élelmiszer)

☐ Szív és/vagy keringési rendszer betegsége (pl.: szívzörej, koszorúér betegség stb.)

☐ Idegrendszeri, vagy pszichés rendellenesség

☐ Emésztőrendszeri (pl.: gyomor, bél, máj, epe rendellenesség)

☐ Anyagcsere és hormonális betegség (pl.: emelkedett koleszterin, triglicerid szint, cukorbetegség, köszvény, pajzsmirigy betegség)

☐ Érzékszervi betegségek (pl.: szembetegség, látászavar, halláskárosodás)

☐ Bőr vagy nemi betegség

☐ Vér, vérképzőszervi, immunrendszeri betegség (pl.: AIDS, HIV fertőzöttség, pozitív HIV vizsgálat)

☐ Mozgásszervi (pl.: csont, izom, ízületi) betegség, csontritkulás

☐ Vese, húgy, ivarszervi betegség (pl.:vesék vagy a hólyag betegsége, prosztata, here, mellékhere megbetegedése, vagy kóros vizelet - cukor, genny, vér, fehérjevizelés)

☐ Nőgyógyászati betegségek (pl.: mióma, rendellenes vérzés)

☐ Daganatos betegség

4. Részt vett-e szakorvosi vizsgálaton, vagy állt-e, áll-e gyógyintézeti kezelés alatt az elmúlt 10 évben? Voltak-e műtétei, vagy terveznek Önnél a közeljövőben kórházi kezelést, műtétet, kivizsgálást?

Ha igen, hol, mikor, mi okból? ☐ igen ☐ nem

Kérjük, az orvosi dokumentumokat mellékelni!

5. Volt-e Önnek az utóbbi 10 évben EKG, MR, CT, UH, PET CT, röntgen vagy mammográfiás lelete, amely bármilyen rendellenességet mutatott? Kérjük, a leleteit csatolja! ☐ igen ☐ nem

6. Érte-e sérüléssel járó baleset vagy sportsérülés élete során? ☐ igen ☐ nem

Ha igen mi okból, mikor, milyen beavatkozás történt?

Kérjük, az orvosi dokumentumokat mellékelni!

7. Van-e veleszületett vagy balesetből, illetve más okból eredő fogyatékossága, egészségkárosodása, illetve rokkantsága? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, milyen mértékben és mi okból?

Kérjük, mellékelje az egészségkárosodás megállapítására jogosult hivatalos szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott orvosi szakvéleményt, valamint ezen orvosi szakvélemények alapját képező orvosi dokumentumokat.

8. Előfordult-e vérszerinti rokonságában cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, TBC, daganatos betegség, ideg és elmebetegség, más öröklődő betegség? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, kinél, milyen idős korban, melyik betegséget diagnosztizálták?

9. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert, vagy hormont? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, mi okból? (gyógyszer neve, napi adag)

Kiegészítések: (Kérjük a kérdés(ek) sorszámát jelölni!)

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a közlési kötelezettség megsértése (eltitkolt betegség) a biztosító mentesülését vonhatja maga után!

Saját kezű aláírásommal tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatom életbiztosítási ajánlatom részét képezi. Igazolom, hogy a kérdéseket személyesen, az igazságnak megfelelően válaszoltam meg, melyeket helyesen jegyeztek le.

A biztosított aláírása:

Kelt: , 2025 év hónap nap

MetLife