

Jelen részletes egészségi nyilatkozat kitöltése abban az esetben kötelező, amennyiben a szerződéshez 5 millió forintot elérő vagy meghaladó garantált haláleseti összeg tartozik, és/vagy a szerződéshez kiegészítő biztosítás került választásra.

A biztosított neve:

Anyja születési neve:

A biztosított születési dátuma: . .

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Kérem, a lent található kérdésekre helyes, teljes és valósághű választ adjon. Ellenkező esetben a biztosítási szolgáltatás csökkentett összegű lehet, elutasításra kerülhet, illetve a biztosítási szerződés megszüntetését is maga után vonhatja.

1. Foglalkozása

2. Magassága cm Testsúlya kg 3. Dohányzik? ☐ Igen ☐ Nem

4. Sportol? ☐ Igen ☐ Nem Milyen sportágban? ☐ Hobbi ☐ Versenyszerűen ☐ Hivatásos sportoló

5. Jelenleg áll-e (vagy korábban állt-e) rendszeres orvosi vagy gyógyszeres kezelés alatt? (Kérjük az orvosi leleteket mellékelni!) ☐ Igen ☐ Nem

6. Jelenleg használ-e, vagy korábban használt-e függőséget okozó szereket (például kábítószer, alkohol, gyógyszerek)? ☐ Igen ☐ Nem
Állt-e kezelés alatt, esetleg volt-e Önnek javasolva vagy elrendelve?

7. Jog szerint rokkantnyugdíjas, vagy kérvényezte-e a rokkantsági nyugdíjat, esetleg volt-e rokkantságot megállapító eljárás alatt? ☐ Igen ☐ Nem

8. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alábbi betegségekben, illetve vannak-e (voltak-e) egészségügyi panaszai? ☐ Igen ☐ Nem

a) Szív-, érrendszeri, tüdő, légzőszervi megbetegedések (például magas vérnyomás, szívritmuszavarok, szívdobogásérzés, szívöregrejek, ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus, angina pectoris, mellkasi fájdalom, visszérbetegség, trombózis, embólia, asztma, tuberkulózis, krónikus hörghurut), esetleg más szív-, érrendszeri, tüdő és légzőszervi megbetegedések

b) Anyagcsere-megbetegedések, belső elválasztású mirigyek megbetegedései (például cukorbetegség, köszvény, magas koleszterinszint, magas trigliceridszint, pajzsmirigyműködési zavarok), esetleg más anyagcsere-megbetegedések ☐ Igen ☐ Nem

c) A máj, az epehólyag, hasnyálmirigy, nyelőcső, gyomor, nyombél, vékonybél, vastagbél, végbél, nemi szervek, vesék, húgyutak (például vizeletben lévő vér) megbetegedései, sárgaság, esetleg más emésztőrendszeri zavarok ☐ Igen ☐ Nem

d) Vér- vagy immunrendszeri megbetegedések (például vérszegénység, véralvadási zavarok, hemofília, leukémia, vérképi elváltozások, lép betegségei, HIV-fertőzés, AIDS, allergia) ☐ Igen ☐ Nem

e) Csontok, ízületek, izmok megbetegedései (például hátgerinci fájdalmak és betegségek, tartós végtagfájdalmak, reuma, artrózis, oszteoporózis), esetleg a csontok, ízületek és izmok más elváltozásai ☐ Igen ☐ Nem

f) Az agy, az idegek megbetegedései, elmebetegség (például fejfájás, migrén, szédülés, rohamok, epilepszia, szklerózis multiplex, szélütés, bénulás, depresszió, mentális betegségek, öngyilkossági kísérlet), más idegrendszeri zavarok ☐ Igen ☐ Nem

g) Jó- és rosszindulatú daganatok (például rák, miómák, adenómák, lipómák, polipok, ciszták), esetleg más típusú daganatos megbetegedések ☐ Igen ☐ Nem

h) Vírusos, bakteriális, fertőző, gombás betegségek (például HIV-vírus, malária, mononukleózis, Lyme-kór, stb.) ☐ Igen ☐ Nem

i) Szem és fül betegségei (például a szaruhártya megbetegedése, látászavarok, vakság, sükettség, süketnémaság), esetleg a szem és fül más panaszai ☐ Igen ☐ Nem
Dioptria (+/-) bal jobb

j) Más, a kérdőívben nem szereplő megbetegedés, sérülések, testi rendellenességek ☐ Igen ☐ Nem

9. Állapítottak-e meg Önnél kedvezőtlen eredményeket speciális vizsgálatok alkalmával (például computer tomográfia (CT), mágneses rezonancia (MR), röntgen (RTG), ultrahang (UH), EKG, vérvizsgálat, vizelet vizsgálata, genetikai tesztek, HIV-teszt AIDS-re), esetleg más speciális vizsgálatokon? ☐ Igen ☐ Nem

10. Állt-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt az utóbbi 10 évben, esetleg ajánlottak-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést betegség diagnosztizálása, kivizsgálások, kezeléseik, műtétek érdekében? ☐ Igen ☐ Nem

11. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e jelenleg Önnél műtétet, kórházi kezelést, kivizsgálást? ☐ Igen ☐ Nem

Részletes adatok az igennel megválaszolt kérdésekre

A kérdés sorszáma	A betegség típusa, változásai, nehézségek	Mikor? Milyen hosszan?	Kezelőorvos / gyógyintézet neve és címe

Alulírott kijelentem, hogy az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító a személyes és különleges adataimat kezelje. Kijelentem, hogy a NOVIS Poistovňa a.s.-szel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem mindazokat az orvosokat, akik eddig vizsgáltak, kezeltek, vagy a jövőben vizsgálni, kezelni fognak.

Kelt: év hó nap

A biztosított aláírása: