



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Egészségi nyilatkozat Best Doctors® egészségbiztosításokhoz



Közvetítői kód:

Ajánlatszám:

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban? IGEN: NEM:

- a. rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- b. bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- c. leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- d. bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- e. bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- f. stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- g. bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsen ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban? IGEN: NEM:

- a. rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- b. bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- c. leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- d. bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- e. bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- f. stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- g. bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsen ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban? IGEN: NEM:

- a. rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- b. bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- c. leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- d. bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- e. bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- f. stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- g. bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsen ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban?

IGEN:

NEM:

- rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsse ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban?

IGEN:

NEM:

- rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsse ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Áll-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából* az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban?

IGEN:

NEM:

- rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- bármilyen tumorról vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik)
- stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

* Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsse ki az egészségi nyilatkozatot.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Biztosított/Törvényes képviselő saját kezű aláírása