



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Részletes egészségi nyilatkozat

Közvetítői kód:

Ajánlatszám:

A Biztosított adatai:

Név:

1. Sporttevékenységhez kapcsolódó kérdések

1.1 Jelenleg sportol-e? Sporttevékenység pontos megnevezése:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
1.2 Az 1.1 pontban megadott sporttevékenység rendszeressége:	
1.3 Az 1.1 pontban megnevezett sporttevékenységet milyen keretek között űzi? <input type="checkbox"/> Versenyszerűen <input type="checkbox"/> Hobbi szinten <input type="checkbox"/> Edzőként	
1.4 Érte-e a megadott sporttevékenység közben baleset vagy sérülés? Mikor? Milyen?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

2. ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

2.1 Dohányzik? Ha igen, milyen fajta dohányárut és mennyit fogyaszt?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.2 Dohányzott-e valaha a múltban, és utoljára hány éve?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.3 Fogyaszt Ön rendszeresen alkoholt? A megfelelő választ kérjük, jelölje! <input type="checkbox"/> Nem, egyáltalán nem fogyasztok. <input type="checkbox"/> Alkalmoszerűen (névnap, születésnap, ünnepek) fogyasztok. <input type="checkbox"/> Maximum heti két alkalommal fogyasztok, kevesebb, mint 1 liter sört, vagy 3 dl bort, vagy 0,5 dl tömény szeszes italt <input type="checkbox"/> Maximum heti két alkalommal fogyasztok, 1 liter sört, vagy 3 dl bort, vagy 0,5 dl tömény szeszesitalt meghaladó mennyiségű alkoholt, vagy hetente többször (2 alkalmat meghaladóan) rendszeresen fogyasztok alkoholt. Mit? Mennyit? Milyen rendszerességgel? _____ <input type="checkbox"/> Jelenleg nem, de korábban rendszeresen fogyasztottam alkoholt. Mit? Mennyit? Milyen rendszerességgel? _____ Mióta nem fogyaszt alkoholt? _____	
2.4 Kezelték-e már túlzott alkoholfogyasztás miatt? Vagy tanácsolták-e már Önnek az alkoholfogyasztás csökkentését? Állítottak fel az Ön esetében valaha alkohol dependencia, vagy rendszeres alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult kórképet? Ha igen, kérjük csatolja a vonatkozó orvosi dokumentumokat!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.5 Fogyaszt-e, fogyasztott-e valaha kábító- vagy élnékítő-szert, illetve kezelik-e vagy kezelték-e emiatt?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.6 Szokott-e veszélyesnek számító tevékenységet végezni? (Pl.: autóversenyzés, búvárkodás, repülés nem szervezett légi forgalom keretében?) Amennyiben igen, akkor kérjük adja meg hogy mit, milyen rendszerességgel?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.7 Egészségre ártalmasnak minősíthető munkahelyen dolgozik-e, vagy dolgozott-e valaha ilyen helyen? Ha igen, kérjük adja meg, hogy milyen ártalom érte, mennyi ideig	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.8 Volt-e az utóbbi 5 évben 2 hétnél hosszabb ideig betegségéből vagy balesetből eredően keresésképtelen állományban? Igen válasz esetén kérjük adja meg, hogy mettől meddig és miért?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.9 Áll-e vagy állt-e a múltban gyógyintézeti vagy gondozóintézeti kezelés alatt? Igen válasz esetén kérjük adja meg, hogy miért, mikor, mennyi ideig, hol?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.10 Volt-e valamilyen műtétje, illetve terveznek-e Önnek műtétet? Igen válasz esetén kérjük adja meg, az okát, az időpontját, illetve a zárójelentést és az utolsó kontrollvizsgálat eredményét csatolja!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.11 Állapítottak-e meg Önnek tartós munkaképesség csökkenést és/vagy egészségkárosodást? Igen válasz esetén kérjük adja meg, hogy mikor, milyen fokban, miért, illetve az utolsó felülvizsgálatról kiállított OOSZI/ORSZI szakvéleményt csatolja!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.12 Kísérelt-e meg valaha Öngyilkosságot? Igen válasz esetén kérjük adja meg, hogy mikor és milyen módon?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.13 Van-e más élet és/vagy egészség és/vagy balesetbiztosítása?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.14 Szed /használ vagy szedett/használt-e rendszeresen bármilyen gyógyszert, vagy javasoltak-e Önnek bármilyen gyógyszeres kezelést? Igen válasz esetén kérjük, adja meg a szedett vagy javasolt gyógyszerek nevét és adagolását!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.15 Áll-e vagy állt-e valaha kemoterápiás és/vagy sugárterápiás kezelés alatt? Igen válasz esetén kérjük adja meg, hogy mikor, mennyi ideig, milyen betegség miatt, valamint az utolsó felülvizsgálat eredményét csatolja!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.16 Volt-e olyan balesete, ami miatt 1 hétnél hosszabb ideig betegállományban volt vagy műteni kellett? Igen válasz esetén: a zárójelentést és az utolsó kontrollvizsgálat eredményét kérjük, csatolja!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.17 Volt-e csonttörése és/vagy csontrepedése? Ha igen, kérjük adja meg, hogy mikor, melyik csont, milyen kezelésben részesült!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.18 Volt-e ízületi-, porc vagy lágyrész sérülése (pl. szalag, ízületi tok)?	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
2.19 Testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm	

3. DIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEK – Alkalmazták-e Önnek az elmúlt 5 évben az alábbi diagnosztikai és/ vagy gyógyító (terápiás) módszerek valamelyikét?

3.1 EKG, terheléses EKG, RTG (Tüdőszűrés kivételével), Ultrahang (A megfelelőt kérjük, húzza alá!) Kérjük adja meg a vizsgálat időpontját, eredményét!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
3.2 CT (Computertomográf) MR (Mágneses rezonancia) PET-CT (Pozitronemissziós tomográf) (A megfelelőt kérjük, húzza alá!) Kérjük adja meg a vizsgálat időpontját, eredményét!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
3.3 Bármilyen endoszkópos, (pl. rectoscopos, kolonoscopos, bronchoszkopos, stb.) vagy egyéb légzőfunkciós, vagy egyéb belgyógyászati (pl. gastroenterológiai, pulmonológiai, stb.) vizsgálat; Kérjük adja meg a vizsgálat nevét, időpontját, eredményét!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
3.4 Érfestés; Kérjük adja meg a vizsgálat időpontját, eredményét!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
3.5 Izotópos (Szcintigráfias) vizsgálat; Kérjük adja meg a vizsgálat időpontját, eredményét!	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

Kérem, fordítson!

4. BETEGSÉGI KÉRDÉSEK Szenved-e, vagy szenvedett-e az alább felsorolt betegségek bármelyikében, vagy javasoltak-e Önnek kivizsgálást ezek gyanúja miatt? „Igen” válasz esetén kérjük csatolja a vonatkozó valamennyi orvosi dokumentumot!

4.1	Emésztőszervi és bélrendszeri betegségek (pl.: gyomor/bélhurut, fekély, gyomor-bélrendszeri vérzés, vékony- vagy vastagbél betegségek, epehólyag betegség, epekővétség, májbetegség, hasnyálmirigy betegség, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.2	Szív és érrendszeri betegségek (pl.: koszorúér betegség, szívritmuszavar, szívbillentyű betegség, szívinfarktus, szívmegegyobbodás, szívelégtelenség, agyvérzés, agyérögörcs, érszűkület, érgyulladás, visszértágulat, thrombózis, magasvérnyomás betegség, embolia, veleszületett rendellenesség, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.3	Légzőszervi megbetegedések (pl.: asthma, krónikus höghurut, TBC, allergia, tüdőfibrózis, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.4	Anyagcsere-betegségek (pl.: cukorbetegség, zsíryanagcsere zavar, köszvény, pajzsmirigy betegség, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.5	Idegrendszeri és pszichés megbetegedések (pl.: agyi és gerincvelői betegségek, bénulás, epilepszia, eszméletvesztés, Parkinson kór, Alzheimer kór, Sclerosis Multiplex, bipoláris affektív zavar, pánikbetegség, depresszió, pszichózis, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.6	Vizeletkiválasztó rendszer betegségei (pl.: vesebetegségek, húgyhólyagbetegségek, vesekövesség, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.7	Daganatos megbetegedések (pl.: jóindulatú daganatok, rosszindulatú daganatok)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.8	Vérképzőrendszeri betegségek (pl.: vérszegénység, véralvadási rendellenességek, vérzékenység, fehérvérűség, stb.)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.9	Érzékszervi megbetegedések (pl.: bőrbetegségek, szem és fülbetegségek)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.10	Csontok, ízületek, izmok betegségei (pl.: hátfájás, reumatikus betegségek, ízületi gyulladások, gerincbetegségek, csontritkulás, amputáció)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.11	Fertőző betegségek (pl.: fertőző májgyulladás, HIV fertőzöttség (AIDS), trópusi betegségek, malária, TBC, skarlát, diftéria)	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
4.12	Női nemi szervek betegségei. Kérjük, a megfelelőt jelölje: <input type="checkbox"/> Rendszeresen járok méhnyakrák és emlőrák szűrésre. Utolsó méhnyakrák szűrés időpontja, eredménye: Utolsó emlőrák szűrés időpontja és eredménye: <input type="checkbox"/> Nem járok rendszeres méhnyakrák és emlőrák szűrésre. Kérjük, külön lapon részletezze az elmúlt 5 évben előfordult nőgyógyászati betegségeit!				
4.13	Férfi nemi szervek betegségei. Kérjük, a megfelelőt jelölje: <input type="checkbox"/> Rendszeresen járok prosztatara ráksűrésre. Utolsó prosztatara ráksűrés időpontja, eredménye: <input type="checkbox"/> Nem járok rendszeres prosztatara ráksűrésre. Kérjük, külön lapon részletezze az elmúlt 5 évben előfordult nemi szerveit érintő betegségeit!				

5. EGYÉB

5.1	A felsoroltakon kívül volt-e/van-e valamilyen panasz az egészségével kapcsolatban? Vett-e részt valamely diagnosztikai és/vagy terápiás céllal bármilyen vizsgálaton? Szenvedett-e vagy szenved-e a felsoroltakon kívül más betegségekben? Volt-e, van-e valamilyen szöveti/szervi elváltozása a felsoroltakon kívül?	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
5.2	Az életbiztosítási ajánlatomhoz egyéb egészségügyi dokumentumokat is csatolok	<input type="checkbox"/>	IGEN	<input type="checkbox"/>	NEM
5.3	Amennyiben a fentiek közül bármelyik kérdésre igennel válaszolt, kérjük, hogy részletezze ezeket (pl.: időpont, gyógyszerek, dohányzási és alkoholfogyasztási szokások megadásával) egy külön lapon. Csatolja ezt mellékletként és „kiegészítő információk” megnevezéssel szerepeltesse a mellékletek felsorolásánál!				
Minden esetben csatolandó iratok:	Fekvőbeteg-intézeteki kezeléseik vagy műtétek zárójelentései, szövettani vizsgálatok leletei; maradandó vagy múlékony egészségkárosodás esetén OOSzI/ORSzI szakvélemény.				
Háziorvosa/kezelőorvosa neve és címe:					

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlésével vagy a valós adatok elhallgatásával tájékoztatási kötelezettségemet sértem meg, amely a biztosító szolgáltatásának megtadását, illetve a szerződés módosítását vagy megszüntetését vonhatja maga után. Aláírással az egészségügyi adataim nyilvántartó szervezetet, illetve valamennyi kezelőorvosomat a személyi adataimra és/vagy az egészségügyi állapotomra vonatkozó titoktartási kötelezettség alól felmentem, mégpedig mindazon adatok tekintetében, amelyeknek átadása a biztosítási szerződés megkötése, illetve a szolgáltatások teljesítése érdekében szükséges és indokolt. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződés feltétele orvosi vizsgálat, az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. Évi CLIV. Törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

A biztosító felelősséget vállalt, hogy a közölt adatokat a különleges adatokra vonatkozó szabályok szerint kezeli.

Kelt: _____ | 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap

 Biztosított/Törvényes képviselő
 saját kezű aláírása