

**A BIZTOSÍTOTT TOVÁBBI ADATAI**

<b>A biztosított neve:</b>	Biztosított telefonszáma:	Szerződésazonosító (ha van):	Ügyfélazonosító (ha van):
<b>Sport-, illetve szabadidős tevékenység</b> Megnevezése (szintje):  Van sportorvosi engedélye? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	<b>Foglalkozás</b> Megnevezése:	<b>Egyéb</b> Ön balkezes? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	

**A BIZTOSÍTOTT KOCKÁZATFELMÉRÉSI ÉS EGÉSZSÉGI NYILATKOZATA**

Családi állapota: <input type="checkbox"/> Házas <input type="checkbox"/> Élettársi közösségben él <input type="checkbox"/> Egyedülálló <input type="checkbox"/> Özvegy, elvált, vagy külön él házastársától	<b>Testalkati adatok</b> Testmagasság (cm): Testsúly (kg): Derékkörfogat (cm):	Volt-e elutasított ajánlata más biztosítótársaságnál? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen. Kérjük, részletezze:
--	---	---

		Igen	Nem
1.	Van-e Önnek veleszületett rendellenessége, születésével, meglévő betegségével, baleseti sérülésével kapcsolatos maradandó egészségkárosodása? Amennyiben igen, kérem, részletezze!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Szedett-e valaha, vagy szed-e Ön rendszeresen gyógyszert vagy javasoltak-e ilyet? Részesült-e/részesül-e tartós gyógykezelésben? Ne adjon Igen választ, ha kizárólag az alábbi esetekben áll(t) fenn rendszeres gyógyszeresedés, vagy részesült tartós gyógykezelésben: • allergiás szem-, orr-, vagy bőrtünetek miatt, • menstruációs görcsök miatt, • megfázás miatt, • vitaminok, étrend kiegészítők, • laborban észlelt húgysavszint emelkedés miatt. Amennyiben igen, kérem, részletezze!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kórházi vagy rendelőintézeti (ide értve az elrendelt laborvizsgálatot is) ellátás keretében vizsgálták-e, kezelték-e, illetve vizsgálják, kezelik, vagy terveznek-e ilyet? Ne adjon Igen választ, ha kizárólag a következő esetek valamelyike miatt kezelik vagy vizsgálják: • baleseti ok miatt, • szűrővizsgálat – negatív eredménnyel, • terhességvizsgálat miatt, • fogászati ellátás miatt, • bőrgyógyászat, mely nem járt szteroid kezeléssel, • fül-orr-gégészeti: szövődmény nélküli gyulladásoos betegségek miatt, • szemészet: közel- vagy távollátás miatt. Amennyiben igen, kérem, részletezze!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnél műtétet? Ne adjon Igen választ, ha kizárólag az alábbi műtétek valamelyikén esett át vagy fog átesni: • fogászati beavatkozás, • esztétikai műtét, • vakbélműtét, • orr- vagy garatmandula műtét, • benőtt köröm, • sterilizáció/terhesség megelőzése, • spontán vagy művi abortusz, • jóindulatú bőrelváltozások (pl. zsírcsoma, anyajegy, szemölcs), • lézeres látásjavítás, kancsalság. Amennyiben igen, kérem, részletezze!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Volt-e/van-e Önnek olyan balesete, csonttörése/csontrepedése, ízületi, porc vagy lágyrész sérülése, mely kórházi ápolást/bentfekvést vagy műtéti kezelést igényel? Ne adjon Igen választ, ha kizárólag gyermekkori sérülése volt. Amennyiben igen, kérem, részletezze!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jelenleg várandós-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Él-e most az EU-n kívül, vagy tervez-e 3 hónapnál hosszabb időre az EU-n kívülre utazni?" Amennyiben igen, kérjük, részletezze! Ország megnevezése: Külföldi tartózkodás oka:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alulírott kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettségsértést, így a biztosító szolgáltatás alóli mentesülését, illetve a szerződés módosításának vagy megszüntetésének kezdeményezését vonja maga után.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. az egészségi állapotommal kapcsolatban telefonbeszélgetést és az ott elhangzottakat rögzítse, valamint ahhoz is, hogy az orvosi vizsgálat adatait e-mailen továbbítsák a biztosító részére, és ezeket a Biztosító megőrizzé – abban az esetben is, ha a szerződés nem jön létre –, továbbá szükség szerint esetleg további személyes orvosi vizsgálatra is sor kerüljön.

Tudomásul veszem, hogy a fentiekkel kapcsolatban írásban, e-mailen vagy telefonon feltett kérdésekre adott válasz a biztosítási ajánlat részét képezi, egészségi nyilatkozatom kiegészítése a kockázatfelbírálás és az esetleges kárrendezés kapcsán felhasználásra kerülhet.

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, és hogy nem kizárólag az orvosi vélemény az alapja annak, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja-e vagy sem.

Kelt:  ,  év  hó  nap

Biztosított (törvényes képviselő) aláírása