

## 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

### Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy az alábbi kérdések hiánytalan megválaszolásával, illetve nyilatkozatával segítse, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. az ajánlat elfogadásáról a kockázat megítéléséhez szükséges, legfontosabb információk birtokában dönthesse.

Kérjük ügyeljen arra, hogy a kérdések közül egyet se hagyjon megválaszolatlanul! A feleletet az „igen” vagy a „nem” X-elésével, illetve a megfelelő adat beírásával, bekarikázásával adja meg.

A szerződő neve: \_\_\_\_\_

A biztosított családi és utóneve: \_\_\_\_\_ Előző (leánykori) neve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Születési ideje, helye: \_\_\_\_\_ Neme:  férfi  nő

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Foglalkozása: \_\_\_\_\_

Családi állapota:  egyedülálló  házas  elvált  özvegy Beosztása: \_\_\_\_\_

Testmagassága: \_\_\_\_\_ cm Testsúlya: \_\_\_\_\_ kg

Dohányzik-e Ön?  nem  igen: naponta \_\_\_\_\_ szál Ha leszokott a dohányzásról, mikor? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó

Mennyi az átlagos alkoholfogyasztása?  rendszeresen bor, sör: \_\_\_\_\_ dl/nap tömény: \_\_\_\_\_ dl/nap  alkalmanként  soha

Fogyaszt kábítószer, vagy alkalmaz kábítót hatású vegyszert?  soha  alkalmanként  rendszeresen: mit?: \_\_\_\_\_

Háziorvosa neve, címe: \_\_\_\_\_

Kérdések az egészségi állapottal kapcsolatosan	Igen*	Részletezés	Nem
1. Van-e testi, érzékszervi károsodása? Látás-, halláscsökkenés vagy egyéb. Mi az, milyen mértékű és mióta áll fenn?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Van-e sérült vagy csonkolt testrésze? Mely testrésze az, és mióta áll fenn az állapot?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Van-e szerzett vagy örökölt betegsége, veleszületett testi rendellenessége, munkaképesség csökkenése? Mi az, milyen mértékű és mióta áll fenn?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Van-e balesetveszélyes hobbi? Sportol-e? Jelenleg is űzi? Mi az, mióta és milyen szinten űzi? Ha már nem folytatja, mikor fejezte be?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Szed Ön rendszeresen gyógyszert? Mit, mennyi a napi dózisa, mióta szedi?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Volt-e Önnek az utóbbi 5 évben kórházi kezelése / műtétje? Mikor és milyen ok miatt történt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Ajánlott-e az orvosa vagy tervez-e valamilyen kivizsgálást, műtétet vagy kórházi bennfekvést? Mikor és mi miatt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Megállapítottak-e betegségről, balesetből vagy bármilyen okból eredő maradandó egészségkárosodást? Milyen a mértéke? Van-e jelenleg folyamatban ilyen igénye?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Volt-e az elmúlt 2 évben 3 hetet meghaladóan folyamatosan keresőképtelen (betegszabadság és táppénz)? Milyen ok miatt, mikor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Végeztek-e Önnél valaha AIDS-tesztet? Mi volt az eredménye?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Csak baleseti kockázatok választása esetén az 1-8. kérdésekre kell válaszolni.**

Alulírott, mint a szerződés biztosítottja aláírással hitelesítve felhatalmazom kezelőorvosaimat, az engem kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, az egészségbiztosítókat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére átadják.

\_\_\_\_\_  
Dátum

\_\_\_\_\_  
a biztosított aláírása

\* Kérjük, az egészségi nyilatkozaton jelzett betegség, panasz gyógykezelésére vonatkozó teljes körű orvosi dokumentáció másolatát (lelet, ambuláns lap, zárójelentés, utolsó kontroll lelet stb.) mellékelje.