

## EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

A nyilatkozat kérdéseit a biztosítandó feleletei alapján az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. megbízottja **szöveges válasszal** tölti ki. Bármely javítást a **biztosítandó félnek** kézjeggyével kell igazolnia.

|   |  |
|---|--|
| 1. Név: _____   |  |
| Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap. Családi állapota: _____   |  |
| 2. Egészségesnek érzi-e magát?  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 3. Magassága: _____ cm. Testsúlya: _____ kg. Testsúlya változott-e az elmúlt évben?<br>Ha igen, mennyit változott (+ vagy -) és mi okból? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 4. Dohányzik-e? Ha igen, naponta mennyit? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 5. Szeszes italt fogyaszt-e rendszeresen? Ha igen, mit és milyen mértékben? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 6. Vérnyomásával volt-e, van-e panasz? Ha igen, mikor, ill. mióta? _____<br>Ha igen, utolsó kontroll eredménye: _____ Hgmm  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 7. Volt-e, illetve van-e valamilyen betegsége vagy panasza a következők közül? Szív- és keringési betegségek, cukorbetegség, légzőszervi betegségek, emésztőszervi betegségek, daganatos megbetegedés, vese- betegség, ideg- és elmebetegség, bármely más betegség vagy rendellenesség, melyre nem kérdeztünk rá?<br>Ha igen, kérjük részletesen leírni és a teljes orvosi dokumentáció másolatát mellékelni szíveskedjenek!<br>_____ | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 8. Részt vett-e szakorvosi vizsgálaton az elmúlt két évben, illetve áll-e jelenleg rendszeres orvosi kezelés alatt?<br>Ha igen, mi okból, mikor, ill. mióta? _____  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 9. Állt-e az utóbbi öt évben gyógyintézeti kezelés alatt?<br>Ha igen, mikor, mi okból? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni! _____  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 10. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnél a közeljövőben műtétet?<br>Ha igen, mikor, milyen műtét, milyen következményekkel? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni!<br>_____  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 11. Volt-e Önnek az utóbbi két évben EKG vagy röntgen lelete, amely valamilyen rendellenességet mutatott?<br>Ha igen, kérjük a másolatot mellékelni!  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 12. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert? Ha igen, mi okból, (gyógyszer neve/napi adag)? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 13. Fenn áll-e testi fogyatékoság, rokkantság? Ha igen, milyen jellegű és mértékű?<br>_____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 14. Előfordult-e a családban cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, TBC, daganatos betegség, ideg- és elmebetegség, más öröklődő betegség? Ha igen, milyen betegség, kinél, milyen életkorban?<br>_____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 15. Nőknél: jelenleg várandós-e? Ha igen, hányadik hónapban van? _____  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 16. Volt-e pozitív HIV (AIDS) vizsgálata?   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 17. Kezelőorvosának neve és címe: _____   |  |
| 18. Foglalkozása (tényleges tevékenység): _____<br>Veszélyes vagy egészségre ártalmas munkahelyen dolgozik-e?<br>Ha igen, kérjük leírni! _____  | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 19. Folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, bármilyen sportot, bármilyen hobbit, illetve szándékozik-e ezek bármelyikét folytatni? _____<br>Ha igen, pontosan mi az és milyen rendszerességgel végzi?<br>_____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 20. Jelenleg van-e életbiztosítása?<br>Ha igen, melyik biztosítónál, milyen összegre? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |
| 21. Jelen ajánlatot megelőzően volt-e elutasított biztosítási ajánlata?<br>Ha igen, mikor, mi okból, melyik biztosítónál? _____   | <input type="button" value="igen"/> <input type="button" value="nem"/> |

Saját kezű aláírással tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatom életbiztosítási ajánlatom részét képezi. Igazolom, hogy a kérdéseket személyesen, az igazságnak megfelelően válaszoltam meg, melyeket helyesen jegyeztek le.

Kelt: \_\_\_\_\_ helység, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
A biztosítandó saját kezű aláírása