

Biztosított neve: _____ Ajánlatszám: _____

Biztosított egyszerűsített egészségi nyilatkozata

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:

1. Rokkanttudjadjás-e vagy rehabilitációs járadékban részesül-e Ön?

igen: ebben az esetben sajnos nem tudunk Önnek biztosítást ajánlani

nem: ebben az esetben kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

2. Közölték-e Önnel valaha, hogy az alábbi betegségek valamelyikében szenved, vagy kezelték-e Önt valaha az alábbi betegségek miatt?

– szívroham, angina pectoris (mellkasi szorító fájdalom) vagy arteriosclerosis (érelmeszesedés): igen nem

– rosszindulatú daganatos megbetegedés, inzulinfüggő diabetes, magas vérnyomás, paralízis vagy bármilyen fekélybetegség: igen nem

– a szív, a tüdő, az agy, a máj, a gyomor vagy vesék bármilyen betegsége: igen nem

3. Kezelték-e már HIV fertőzéssel, AIDS-szel, Hepatitis C-vel, vagy bármely más nemi úton terjedő betegséggel kapcsolatban: igen nem

Kijelentem, hogy fenti válaszaim a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy ha a jelen Egészségi Nyilatkozat 2-3. kérdésére igenlő választ adtam, és ezen betegségek valamelyikében elhalálozok a szerződés-kötéstől számított 3 éven belül, a biztosító szolgáltatása a befizetett biztosítási díjra korlátozódik.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki!
☒ A megfelelő helyen így jelölje!