

A biztosításra jelölt személynek válaszolnia kell az egészségügyi állapot nyilatkozat minden kérdésére, és be kell jelölnie a válaszait a kérdőív „igen” és „nem” mezőiben. Amennyiben a válasza az adott kérdésre pozitív („igen”), a kérdés számát és a megjegyzéseket a kérdőív alatt található részben kérjük, részletezze, valamint adja meg jelenlegi állapotát, valamint csatolja zárójelentését.

**ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK**

		Nem	Igen
1.	Volt-e már korábban kórházba vagy egészségügyi intézménybe beutalva? (milyen jellegű, mikor, ok). Csatolja a kórházi zárójelentést és az aktuális információkat.		
2.	Esett-e már át műtéten, vagy volt-e már műtetre javasolva? (Részletezze).		
3.	Volt-e már sérülése? Van-e bármilyen korlátozott képessége (rokkantság)? (Részletezze).		
4.	Végeztek-e már Önnek rutinvizsgálatokat, mint például vérkép, vizelet vagy EKG vizsgálat? A vizsgálatok eredményei megfelelőek voltak? (Részletezze).		
5.	Végeztek-e már Önön leképzési vizsgálatokat, mint például különféle röntgenfelvételeket (mellkas, belső szervek, vesék, csontok, stb.), feltérképező vizsgálatokat, katéterezést, computer tomográfiát (CT), MRI, US? (Adja meg az okot, dátumot és eredményeket).		
6.	Van-e jelenleg valamilyen betegsége, vagy tudomása van bármilyen egészségügyi rendellenessége és kapott vagy jelenleg is részestül valamilyen orvosi kezelésben vagy gyógyszeres ellátásban? (Részletezze, beleértve a dózist és a kezelés időtartamát)		
7.	Csak nők részére – szenvedett bármilyen női betegségtől, mint például rendszertelen menstruáció, termékenységi problémák, vérzések, mellcsomók, méh- vagy petefészkek problémák, nem megfelelő eredmények nőgyógyászati vizsgálat során (pl. PAP kenet) vagy egyéb nőgyógyászati rendellenesség? Ha igen, részletezze:  Ön terhes? Hány magzat? _____ Volt-e már problémája korábbi terhességei vagy terhessége során? Ha igen részletezze. _____ Volt-e már császármetszéses szülése? _____		
8.	Volt-e már részlegesen vagy teljesen leszázalékolva vagy munkaképtelen? (Részletezze).		

**KÉRDÉSEK A BETEGSÉGEKRŐL (MÚLTBÉLI ÉS JELENLEGI BETEGSÉGEIRŐL)**

		Nem	Igen
9.	Cardiovascularis (Szív és érrendszeri) – A. Szívbetegség, mellkasi fájdalom, légszomj, szívdobogás, angina pectoris, szívinfarktus, ritmus zavar, szívbillentyű rendellenesség, veleszületett szívrendellenességek, szívizom vagy szívburok betegség. B. Magas vérnyomás. C. Érrendszer – láb fájdalom sétálás alatt, vérrögök, visszerek, keringési zavarok, artériás érszűkület.		
10.	Idegrendszer – szédülés, fejfájások, eszméletvesztés, paralízis, epilepsziás rángógörcs, TIA, memóriazavar, érzékelés elvesztése, degeneratív betegség, stroke (szélütés), agyvérzés (CVA), remegés, egyensúlyi zavarok, Alzheimer kór, Parkinson kór, idegi kimerültség, szenilis elmebaj.		
11.	Idegi rendellenességek – idegbetegség, depresszió, skizofrénia, szorongás, öngyilkossági kísérlet.		
12.	Légzőszervek – asztma, krónikus bronchitis, tüdőgúgulás, tuberkulózis, vérköpés, ismétlődő légzőszervi gyulladások.		
13.	Emésztő szervek és máj – gyomor vagy nyombél fekély, gyomorerégés, krónikus bélgyulladás, bélvérzés, aranyér, végbél betegségek, krónikus máj betegség, sárgaság, hepatitisz (vírusos vagy egyéb), epehólyag, hasnyálmirigy problémák.		
14.	Vesék és húgyvezetékek – vesekövek, vesegyulladás, húgyvezeték rendellenességei, vér vagy protein a vizeletben, vesegyulladás, vesék nem megfelelő működése, prosztata.		
15.	Belső elválasztási betegségek (anyagcsere) – cukorbetegség, pajzsmirigy rendellenesség, mellékvese, vese ciszta, agyalapi mirigy és egyéb mirigyek, magas vér lipidek (koleszterin, trigliceridek).		
16.	Bőr és nemi szervek – szifilisz, herpesz, bőrdaganatok, májfoltok, szemölcsök és vagy meddősségi és/vagy termékenységi problémák.		
17.	Roszzindulatú betegségeke (rák) vagy AIDS – rosszindulatú vagy megelőző daganat/ok, vagy aids, beleértve azok előrehaladott állapotát (nevezze meg a típusát, dátumát és kezelési módját).		
18.	Izületek és csontok – izületi gyulladás, köszvény, háti vagy nyakfájások, porckorong sérv, váll, térd, csontbetegségek.		
19.	Szemek – szürke hályog, zöld hályog, kancsalság, vakság, retina rendellenesség, szaruhártya rendellenesség, látási zavarok, dioptria száma _____.		
20.	Fül, orr, gége – visszatérő torok vagy fülgyulladások, orrmelléküre gyulladás, hallási rendellenesség, éjjeli légzési rohamok (PND).		
21.	Sérv – hasfal, ágyék, műtéti heg, köldök, rekeszizom.		
22.	Egyéb egészséggi rendellenességek és/vagy betegségek, melyek a fentiekben nem szerepeltek.		

A nyomtatvány nők és férfiak számára készült.

## POZITÍV EREDMÉNYEK RÉSZLETEZÉSE

Kérdés száma	Válaszok részletezése

### BIZTOSÍTANDÓ JELŐLT NYILATKOZATA

Én, alulírott, a biztosítandó jelölt, ezennel kérem a biztosításom az alábbi ajánlatnak megfelelően (a továbbiakban „Ajánlat”).

1. Tudatában vagyok, annak, hogy:

A. A biztosító nem felelős és nincs arra kötelezve, hogy a biztosítási időpont előtt, a biztosítási ajánlat megkötésekkor vagy az egészségügyi nyilatkozat kitöltésekkor – amely legkésőbb következett be – megállapított tiltott egészségi rendellenesség vagy betegség esetén, közvetetten vagy közvetlenül, visszatérően fizessen.

B. Ezennel kijelentem, egyetértek és elfogadom az alábbiakban leírtakat:

Az Ajánlatban szereplő Egészségügyi nyilatkozatban adott válaszok helyesek és teljesek, és semmilyen információt nem tartottam vissza a biztosító számára, mely a biztosítási Ajánlat elfogadását befolyásolhatná. Az információ adás elmulasztása vagy hamis válasz esetén a biztosítási szerződés érvényét veszti a szerződési dátumtól kezdődően. Az Ajánlatban szereplő válaszok és minden írott, a biztosító számára általam megadott adat és a biztosító által a fenti témában alkalmazott feltételek, a köztem és a biztosító között létrejött szerződés szerves részét képezi.

C. Ezennel megerősítem és egyetértek azzal, hogy a fenti Ajánlat elfogadása vagy elutasítása kizárólag a biztosító megítélése alapján történik (aki jogosult az Ajánlat elfogadására vagy elutasítására, a döntés indoklása nélkül).

2. Lemondó nyilatkozat az orvosi titoktartásról

A. Én, alulírott, az alábbiakban feljogosítok minden orvosi intézményt, orvosi laboratóriumot és bármely orvosi bizottságot annak bármely orvosi személyzetét az orvosi titoktartás kötelezettsége alól a Clal Biztosító Társaság Kft. vagy az Arieh Biztosító Társaság Kft. (a továbbiakban Kérelmező) irányában.

- B. Ezennel engedélyezem az alábbi feleknek – beleértve a Nemzeti Biztosítási Intézet bizottságainak, biztosítóknak, Egészségügyi Minisztériumnak, Kerületi Egészségügyi Irodáknak, az IDF szerveinek, Honvédelmi Minisztériumnak és minden olyan szervezetnek akik nem kerültek felsorolásra a fentiekben – valamint minden olyan biztosító társaságnak akikkel korábban biztosítva voltam vagy jelenleg is biztosított vagyok, hogy a Kérelmezőnek vagy meghatalmazottjának – együtt és egyenként – kivétel nélkül, minden olyan adatot mely az egészségügyi állapotomra, a korábbi, jelenlegi és jövőbeli betegségeimre vonatkozik, valamint a kórházi kezelési és írott orvosi leleteimet vagy az általam látogatott orvosok listáját és/vagy az egészségbiztosítási szervezetbe való belépésem dátumát nyilvánossá tegyen.
- C. Felhatalmazok minden biztosító társaságot és/vagy egyéb szervezetet hogy továbbítsa a Kérelmező számára minden olyan információt és/vagy dokumentumot, és/vagy kötvényt, amit a Kérelmező igényel.
- D. Ezennel kijelentem, hogy nem élek panasszal vagy követeléssel semmilyen ügyben mely az előbbieken felsorolt felek a fentiekben a Kérelmező vagy meghatalmazottja számára – együtt vagy külön – külön – nyilvánossá tett részletekkel kapcsolatosan.
- E. Ezek alkalmazására továbbá vonatkozik az 5741 – 1981 Személyi Adatvédelmi Törvény és vonatkozik minden orvosi vagy egyéb adatra, mely a szervezetek adatnyilvántartásában szerepel, beleértve az egészségbiztosítási szervezet és/vagy azok orvosai és személyzete, és/vagy azok meghatalmazottjai valamint szolgáltatói részére.
- F. Ez a lemondó nyilatkozat vonatkozik rám, a tulajdonomra, a jogi képviselőimre és bármilyen általam meghatalmazott személyre.
- G. Ez a lemondó nyilatkozat vonatkozik a kiskorú gyerekeimre, melyek nevei az Ajánlatban szerepelnek (amennyiben vonatkozik).

### BIZTOSÍTÁSRA JELŐLT ALÁÍRÁSA

Dátum \_\_\_\_\_ Jelölt neve \_\_\_\_\_ Útlevel szám \_\_\_\_\_ Aláírás \_\_\_\_\_