

Biztosított neve _____ Szerződő neve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Egészségi nyilatkozat

1. Testmagasság: _____ cm Testsúly: _____ kg
Vérnyomás: _____ / _____ Hgmm (Utoljára mért)
Családi állapot: _____
2. Volt vagy van más élet- és baleset-biztosítása?
☐ nem ☐ igen ☐ elutasított
Miért? _____
3. Fogyaszt-e rendszeresen
– alkoholt ☐ nem ☐ igen
Mit és mennyit? _____
– kábítószer ☐ nem ☐ igen
Mit és mennyit? _____
– dohányzik-e ☐ nem ☐ igen
Mit és mennyit? _____
4. Hivatása gyakorlása közben vagy szabadidejében ki van-e téve különleges veszélynek (pl: robbanásveszélyes vagy egészségre káros anyagok, merülés 40-m-nél mélyebbre, siklórepülés vagy egyéb)?
☐ nem ☐ igen
Milyen? _____
5. Jelenleg sportol-e rendszeresen?
☐ nem ☐ igen ☐ hivatásos ☐ hobbi
Mit? _____
6. Tud-e mozgásszervi betegségéről?
☐ nem ☐ igen
Mi? _____
7. Volt-e valaha balesete?
☐ nem ☐ igen
Mikor? _____
sérült testrész: _____
8. Szed-e rendszeresen gyógyszereket (hetente 2 alkalomnál többször)?
☐ nem ☐ igen
Mit és mennyit? _____
9. Elfogta-e valaha hirtelen gyengeség, szédülés, ájulás?
☐ nem ☐ igen ☐ többször
Oka? _____
10. Van-e jelenleg betegsége, látás-, hallászavara, maradandó egészségkárosodása, veleszületett rendellenessége?
☐ nem ☐ igen
Mi? _____
Maradandó egészségkárosodás mértéke: _____ %
11. Állapítottak-e meg Önnél HIV-fertőzést?
☐ nem ☐ igen
12. Az utóbbi 10 évben kezelték vagy vizsgálták-e kórházban, szanatóriumban vagy egyéb gyógyintézetben?
☐ nem ☐ igen
Hol? _____
Mikor és miért? _____
13. Jelenleg áll-e orvosi kezelés, illetve kivizsgálás alatt?
☐ nem ☐ igen
Miért? _____
14. Volt-e az elmúlt 5 évben 2 hetet meghaladóan betegállományban?
☐ nem ☐ igen ☐ többször
Miért? _____
15. Volt-e sugárkezelése vagy alkalmaztak-e Önnél kemoterápiát?
☐ nem ☐ igen
Hol, mikor, miért? _____
16. Javasoltak vagy terveznek-e Önnél műtétet vagy kórházi tartózkodást?
☐ nem ☐ igen
Miért, mikor? _____
17. Szenvedett vagy szenved-e az alábbi betegségek valamelyikében?
– szív vagy keringési rendszer betegségei?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– daganatos betegségek (jó- vagy rosszindulatú)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– légzőszervi betegségek (pl. asztma, bronchitis, TBC)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– emésztőszervi betegségek (nyelőcső, gyomor, epe, máj, belek)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– kiválasztó vagy nemi szervek betegségei (vese, méh, prosztata)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– csontrendszeri vagy ízületi betegségek (pl. rheuma)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– idegrendszer betegségei (agy, pszichés betegségek)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– bármely más betegség (vér, immunrendszeri stb.)?
☐ nem ☐ igen Mi? _____
Mikor? _____
– egyéb?
☐ nem ☐ igen
Mi? _____
Mikor? _____
18. Előfordult-e a családjában mindkét szülőnél cukorbetegség, daganatos betegség, szív- vagy vesebetegség, genetikai rendellenesség, pszichés betegség?
☐ nem ☐ igen
Mi? _____
Mikor? _____
19. Nőknél: jelenleg terhes-e?
☐ nem ☐ igen Hányadik hetes? _____

Kérjük, adja meg háziorvosa és/vagy azon orvos nevét és címét, aki az Ön egészségi állapotáról a legjobban tájékozott:

Amennyiben a fenti kérdések valamelyikére igennel válaszolt és rendelkezik a betegséggel kapcsolatos zárójelentéssel, orvosi dokumentummal, kérjük, mellékelje másolatát az ajánlathoz. A mellékelt dokumentumok száma _____ db.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____
biztosított aláírása

I. Általános tájékoztató a személyes adatok kezeléséről

1. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

2. Alulírott az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a továbbiakban: Biztosító Ügyfeleként a jelen nyilatkozat aláírásával az alábbi önkéntes és kifejezett nyilatkozatot teszem:

Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően előzetesen megismertem a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető Adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, meglévő biztosítási szerződések módosítása és állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, igények megállapítása.

Tudomásom van különösen arról, hogy:

- a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el.
- amennyiben a biztosítás létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat, az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét a biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében a közreműködő egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása során a biztosítóval közölt, vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adataimmal kapcsolatban élhetek többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési jogommal, valamint az adathordozhatósághoz való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____
biztosított aláírása

II. Egészségi állapotra vonatkozó adatok kezeléséről

1. A Biztosító az Európai Parlament és Tanács 2016/679. Általános adatvédelmi rendeletének 9. cikk (1) bekezdése szerint személyes adatok különleges egészségügyi adatok kategóriáit is kezeli. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A Biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli (a létre nem jött szerződésekhez kapcsolódó adatokat is), ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

Alulírott, a Biztosító Ügyfeleként a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a kockázat és szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában felmentem a titoktartási kötelezettség alól az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____
biztosított aláírása