



Reaktiválás (kockázatviselés helyreállítása) igénybejelentő nyomtatvány

kötvényszám módózat fiókszám

Szerződő neve		születési neve	
előző neve (névmódosítás esetén)		születési helye (ország és település)	
születési ideje		adóazonosító jele	
anyja neve		állampolgársága 1	állampolgársága 2
e-mail címe		telefonszáma	
állandó lakcíme			
levelezési címe			
személyi igazolvány száma		lakcímkártya száma	
útleveél száma (külföldi állampolgár)			
2017. évi LIII. törvény 4 § (1) bekezdésében írtak szerint <input type="radio"/> nem vagyok kiemelt közszereplő <input type="radio"/> kiemelt közszereplő vagyok**			

**Ebben az esetben külön nyilatkozat megtétele szükséges a kiemelt közszereplői státuszról (PEP nyilatkozat)

Kérjük, hogy jelenlegi adatait szíveskedjen feltüntetni! Az Ön által korábban megadott adatokat nyilvántartási rendszerünkben a fenti adatokra módosítjuk. Kérjük, csatolja az érvényes azonosítási okmányainak a másolatát (személyi igazolvány, lakcímkártya, külföldi állampolgár esetén útleveél) valamint a kiemelt közszereplői státuszáról a nyilatkozatot! Ezek hiányában **nem áll módunkban a kérését végrehajtani!**

Kérjük, hogy az elmaradt esedékes díjak kerüljenek befizetésre.

Tájékoztatjuk, hogy a kockázati életbiztosítás visszaállításához szükséges a nyomtatvány hátoldalán lévő részletes egészségfelmérő nyilatkozat kitöltése a szerződésben szereplő összes biztosítottra vonatkozóan.

Felhívjuk a figyelmét, hogy az egészségfelmérő nyilatkozat alapján újabb kockázatelbírálást végzünk, melynek eredményétől függően dönt a biztosító a szerződés újra életbe léptetéséről.

Amennyiben az egészségfelmérő nyilatkozaton bármelyik pontra igennel válaszol, kérjük, hogy orvosi dokumentum másolatot és kontroll lelet másolatot is csatoljon a nyomtatványhoz!

A kitöltött egészségfelmérő nyilatkozat és az elmaradt esedékes díjak befizetése nélkül a reaktiválás nem hajtható végre.

dátum

Szerződő aláírása

biztosítottak száma

Több biztosított esetén, minden biztosítottra ki kell tölteni egy-egy nyomtatványt! Kiskorú esetén a kiskorúakra vonatkozó nyomtatványt szükséges kitölteni!

Biztosított neve		születési neve	
előző neve (névmódosítás esetén)		születési helye (ország és település)	
születési ideje		adóazonosító jele	
anyja neve		állampolgársága 1	állampolgársága 2
e-mail címe		telefonszáma	
állandó lakcíme			
levelezési címe			
személyi igazolvány száma		lakcímkártya száma	
útleveél száma (külföldi állampolgár)			

Kérjük, hogy jelenlegi adatait szíveskedjen feltüntetni! Az Ön által korábban megadott adatokat nyilvántartási rendszerünkben a fenti adatokra módosítjuk.

Egészségfelmérő nyilatkozat



kötvényszám biztosított neve születési ideje

1. Testmagassága:	cm
2. Testsúlya:	kg
3. Kezelőorvosának neve:	
4. Kezelőorvosának címe:	
5. Jelenleg vannak-e panaszai az egészségi állapotával kapcsolatban?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="radio"/> Nem
6. Jelenleg áll-e orvosi kivizsgálás alatt?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="radio"/> Nem
7. Jelenleg szenved-e valamilyen betegség(ek)ben?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="radio"/> Nem
8. Jelenleg áll-e gyógyszeres, vagy egyéb kezelés alatt?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="radio"/> Nem
9. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e?	<input type="radio"/> Igen: Ha igen, miért, mióta? <input type="radio"/> Nem
10. Korábban szenvedett-e valamilyen betegség(ek)ben?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük az időpont feltüntetésével a betegség, a kezelés és a kimentel ismertetését! <input type="radio"/> Nem
11. Az elmúlt öt évben volt-e négyhétnél hosszabb ideig keresőképtelen állományban?	<input type="radio"/> Igen: Ismertesse mikor, mennyi ideig és milyen betegség miatt? <input type="radio"/> Nem
12. Korábban állt-e járóbeteg-kivizsgálás, -gondozás, -kezelés alatt?	<input type="radio"/> Igen: Mikor, miért, milyen eredménnyel? <input type="radio"/> Nem
13. Az elmúlt 10 éven belül feküdt-e fekvőbeteg gyógyintézetben?	<input type="radio"/> Igen: Zárójelentés- és műtétleírás- másolatot kérünk! Ha nincs birtokában, kérjük ismertesse, mikor, hol és miért kezelték! <input type="radio"/> Nem
14. Korábban volt(ak)-e műtéte(i)?	<input type="radio"/> Igen: Zárójelentés- és műtétleírás- másolatot kérünk! Kérjük az időpont, a beavatkozás és a kimenetel ismertetését! <input type="radio"/> Nem
15. Történt-e Önnél HIV-vizsgálat?	<input type="radio"/> Igen: Mikor, miért és milyen eredménnyel? <input type="radio"/> Nem
16. Korábban történt-e Önnél vérsírszint- és/vagy vércukorszint-meghatározás?	<input type="radio"/> Igen: Ismertesse és dokumentálja az eredmény(eke)t! <input type="radio"/> Nem
17. Érte-e valaha sérüléssel járó baleset?	<input type="radio"/> Igen: Kérjük az időpont, a baleset, a sérülés, a gyógykezelés és kimenetel ismertetését! <input type="radio"/> Nem
18. Munkaképesség-csökkenés megállapítási kérelmet nyújtott-e már be?	<input type="radio"/> Igen: Hová, mikor miér, mi lett a döntés? Jelenlegi munkaképességcsökkenésének mértéke? <input type="radio"/> Nem
19. Dolgozott-e valamikor munkahelyi ártalmat okozó munkahelyen?	<input type="radio"/> Igen: Mikor, hol, mit, mennyi ideig, milyen ártalmaknak volt kitéve (pl.: azbeszt)? <input type="radio"/> Nem
20. Terveznek-e Önnél a közeljövőben műtétet?	<input type="radio"/> Igen: Milyet és mikor? <input type="radio"/> Nem
21. Dohányzik-e?	<input type="radio"/> Igen: Naponta mennyit és mit? <input type="radio"/> Nem
22. Korábban volt-e dohányos?	<input type="radio"/> Igen: Mettől meddig, mennyit és mit szívott? <input type="radio"/> Nem
23. Fogyaszt-e szeszesitalt?	<input type="radio"/> Igen: Mit, mennyit és milyen gyakorisággal (pl.: naponta 1 üveg sör)? <input type="radio"/> Nem
24. Fogyaszt-e vagy fogyasztott-e már kábítószeret vagy kábító hatású anyago(ka)t?	<input type="radio"/> Igen: Mit, mikor és milyen adagolásban? <input type="radio"/> Nem
25. Visel-e nyolcdioptriánál erősebb szemüveget?	<input type="radio"/> Igen: jobb oldal: bal oldal: <input type="radio"/> Nem

26. Van-e egyéb érzékszervi, veleszületett vagy/és szerzett testi fogyatékosága? <input type="radio"/> Igen: Kérjük részletezze! <input type="radio"/> Nem
27. Jelenleg terhes-e? <input type="radio"/> Igen: Kérjük részletezze! <input type="radio"/> Nem
28. Nőknél: volt-e már császármetszéssel vagy fogós műtéttel járó szülése? Lépett-e fel eddigi terhessége(i), szülése(i), során komplikáció, szövődmény? <input type="radio"/> Igen: Kérjük részletezze! <input type="radio"/> Nem
29. Előfordult-e családjában öröklődő betegség, szív-, érrendszeri betegség, magas vérnyomás, rosszindulatú daganat, öngyilkosság? <input type="radio"/> Igen: Kérjük sorolja fel! Hány éves korban? <input type="radio"/> Nem
30. Jelenleg a biztosítottnak van-e más élet és/vagy baleset- vagy egészségbiztosítása? <input type="radio"/> Igen: Melyik biztosítónál, mekkora összegre, milyen biztosítása van? <input type="radio"/> Nem
31. Volt-e a biztosítottnak elutasított élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás ajánlata, szerződése? <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem
32. Részesül-e saját jogú nyugellátásban vagy baleseti ellátásban? <input type="radio"/> Igen: Miért és mikortól? <input type="radio"/> Nem
33. Sportolt-e az elmúlt 5 évben? <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Igen Sportág: _____ Mennyi ideig (év)? _____ Mikor hagyta abba? Milyen szinten? <input type="radio"/> hivatásos <input type="radio"/> élvonalbeli <input type="radio"/> regionális <input type="radio"/> területi <input type="radio"/> hobby
34. Részletezés: Egyéni termékek: protectum, creditum, creditum +, kkv creditum, aranytartalék

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valóságnak meg nem felelő adatok közlése a közlési kötelezettség megsértését jelenti, aminek következtében a Biztosító mentesülhet a térítési kötelezettsége alól, illetve a biztosítási szerződés módosítását vagy megszüntetését kezdeményezheti.

dátum:

Biztosított aláírása

ügyintéző neve és aláírása, fiókkód
(az Ügyfél azonosítása, aláírás vizsgálata megtörtént)