

1. BIZTOSÍTÁSRA JELÖLT SZEMÉLY ADATAI

Vezetéknév: utónév:

Születési ideje: év hó nap

Címe:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

2. EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

1. Résztesül-e tartós, kórházi vagy rendelőintézeti (ide értve az elrendelt laborvizsgálatot is) ellátás keretében végzett kezelésben, vizsgálják vagy terveznek-e ilyet?

Igen Nem

2. Terveznek-e Önénél műtétet?

Igen Nem

3. Van-e Önnek veleszületett rendellenessége, születésével, meglévő betegségével, baleseti sérülésével kapcsolatos maradandó egészségkárosodása?

Igen Nem

Ezennel kijelentem, hogy a fenti kérdésekre a valóságnak megfelelő választ adtam és tudomásul veszem, hogy ha bármely kérdésre „Igen”-nel válaszoltam, akkor a Biztosító nem vállalja a biztosítási fedezetet.

Amennyiben minden kérdésre „Nem”-mel válaszoltam, csatlakozhatok az IZYS Hospital Csoportos biztosítási szerződéshez.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként nem léphetek be.

Tudomásul veszem, hogy nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben az adott Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már fennálló, a Biztosított által tudott betegsége, egészségi állapota, valamint megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt Hospital Csoportos biztosításra vonatkozó Csatlakozási nyilatkozatom aláírása előtt minden részletre kiterjedő tájékoztatást kaptam.

Kelt: , év hó nap

A biztosításra jelölt személy aláírása