

## Szerződő

Titulus - Családi név (cég neve): \_\_\_\_\_ Utónév: \_\_\_\_\_  Férfi  Nő  
 Születési név: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_ Születési idő, hely: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Jelenlegi foglalkozás, fő tevékenységi kör: \_\_\_\_\_  Alkalmazott  Önálló  Egyéb Adóazonosító jel/adószám: \_\_\_\_\_  
(magánszemély esetén / nem magánszemély esetén)  
 Cím: ir. szám \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_ lh. \_\_\_\_ emelet \_\_\_\_ ajtó \_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
 Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma (útlevél, személyi igazolvány, tartózkodási engedély, CG szám): \_\_\_\_\_ Érvényessége: \_\_\_\_\_  
 Kiállító: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
 Képviselőre jogosult neve: \_\_\_\_\_ Beosztása: \_\_\_\_\_

## Biztosított személy, ha nem azonos a szerződéssel

Titulus - Családi név (cég neve): \_\_\_\_\_ Utónév: \_\_\_\_\_  Férfi  Nő  
 Születési név: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_ Születési idő, hely: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Jelenlegi foglalkozás: \_\_\_\_\_  Alkalmazott  Önálló  Egyéb Adóazonosító: \_\_\_\_\_  
 Cím: ir. szám \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_ lh. \_\_\_\_ emelet \_\_\_\_ ajtó \_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma (útlevél, személyi igazolvány, tartózkodási engedély): \_\_\_\_\_ Érvényessége: \_\_\_\_\_  
 Kiállító: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

## Biztosítás paramétere

### Alapbiztosítás

Biztosítás kezdete \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Biztosítás tartama \_\_\_\_ év

	Biztosítási összeg (Ft)	Gyakoriság szerinti díj (Ft)
<b>Kiegészítő biztosítások</b> (Több is választható!)		
<input type="checkbox"/> Közlekedési baleseti halál		
<input type="checkbox"/> Baleseti maradandó egészségkárosodás és balesetből eredő kórházi ápolás		
<input type="checkbox"/> Bármely okból bekövetkező műtéti térítés		
<input type="checkbox"/> Bármely okból bekövetkező kórházi ápolás		
<input type="checkbox"/> Kritikus betegségek		
<input type="checkbox"/> Díjmentesítés rokkantság esetén		

### Díjfizetés Csoportos lehívással

Gyakorisága:  egyszeri  éves  féléves  negyedéves  havi

Több betegségbiztosítási modul megkötése esetén az egy biztosítási eseményből eredő szolgáltatások összege max. \_\_\_\_\_ Ft

Összesen:

ÜK

## Kedvezményezettek a biztosított halálakor

Családi név / utónév \_\_\_\_\_ Anyja neve \_\_\_\_\_ Szül. idő \_\_\_\_\_ Arány \_\_\_\_\_  
 Családi név / utónév \_\_\_\_\_ Anyja neve \_\_\_\_\_ Szül. idő \_\_\_\_\_ Arány \_\_\_\_\_

## Kedvezményezettek a szerződés tartamának lejáratakor

Családi név / utónév \_\_\_\_\_ Anyja neve \_\_\_\_\_ Szül. idő \_\_\_\_\_ Arány \_\_\_\_\_  
 Családi név / utónév \_\_\_\_\_ Anyja neve \_\_\_\_\_ Szül. idő \_\_\_\_\_ Arány \_\_\_\_\_

Ha kedvezményezett jelölés külön nem történik, akkor a lejárat megélése esetén a biztosított, elhalálása esetén az örökösei a kedvezményezettek. A haláleseti kedvezményezett jelölése a kiegészítő biztosításokra is érvényes. A halál kockázatok kivételével valamennyi kiegészítő biztosítás kedvezményezettje minden esetben a biztosított.

Kijelentem, hogy az ajánlatot a saját nevemben / \_\_\_\_\_ nevében eljárva kötöm meg.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Szerződő aláírása

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

## Életbiztosítási kérdőív

1. Testmagasság: \_\_\_\_\_ cm      Testsúly: \_\_\_\_\_ kg  
Vérnyomás: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hgmm      Családi állapot: \_\_\_\_\_  
(Utoljára mért)
2. Volt vagy van más élet- és baleset-biztosítása?  
 nem     igen     elutasított      Miért? \_\_\_\_\_
3. Fogyaszt-e rendszeresen  
alkoholt     nem     igen      Mit és mennyit? \_\_\_\_\_  
kábitószert     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 betegségről?  
 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. Van-e a családjában mindkét szülőnél cukorbetegség, daganatos betegség, szív- vagy vesebetegség, genetikai rendellenesség, pszichés betegség?  
 nem     igen      Mi? \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

Tisztelt Ügyfelünk! Magyarországon a pénzmosság megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 1994. évi XXIV. Törvény („Tv.”) módosítása az általános nemzetközi elvárásoknak megfelelően hatályba lépett. Ez a módosítás számos szigorító intézkedést vezetett be, és kiszélesítette a hitel- és biztosító intézetek és ügyfeleik kötelezettségeit is a pénzmosság megelőzése és megakadályozása érdekében, így ezáltal a szerződő partnerek vonatkozásában több adat rögzítésére van szükség, illetve a szerződő természetes és nem természetes személyek azonosítását is el kell végezni.

A Tv. szerint a biztosító köteles az ügyféltől írásbeli nyilatkozatot kérni arról is, hogy a biztosító szolgáltatását a saját nevében és javára vagy más (tényleges tulajdonos) nevében és javára vesz-e igénybe.