

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. **Részesül-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, ezennel beleegyezem, hogy, a(z) , mint szerződő az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.-nél rám Aegon Csoportos Egészségbiztosítást kössön.

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 orvosiilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

Amennyiben munka- vagy biztosítási szerződés alapját képező egyéb jogviszonyom bármely okból megszűnik, vagy a szerződő a biztosítást rám vonatkozóan megszünteti, úgy tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe szerződként nem léphetek be.

Kelt: , év hó nap

A biztosításra jelölt személy aláírása

NYILATKOZAT

a 2014. évi LXXXVIII. törvényben előírt tájékoztatás átvételéről

Kijelentem, hogy a Szerződő jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt Aegon Csoportos Egészségbiztosításra vonatkozó biztosítotti nyilatkozatom aláírása előtt a rendelkezésemre bocsátotta az alábbi dokumentumokat és így a Szerződőtől minden részletre kiterjedő tájékoztatást megkaptam:

Aegon Fekvőbeteg ellátásra szóló Csoportos Egészségbiztosítás Feltételek

Kelt: , év hó nap

A biztosításra jelölt személy aláírása