

Változásbejelentő lap

Biztosítási szerződés reaktiválás

Hatályos: 2026.08.01-től

(Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a reaktiválási igény a szerződési feltételekben meghatározott ideig nyújtható be Társaságunkhoz)

Szerződő neve:		Kötvényszám:	
Születési helye, dátuma:	Telefonszám:	E-mail cím:	
Állandó lakcíme/állandó tartózkodási címe:			
Jogi személy esetén adószáma:		Cégjegyzékszáma:	

Szerződés megszűnésének dátuma:
Szerződés megszűnésének oka:

A fenti kötvényszámú biztosítás szerződője és biztosítottja(i), kérjük a szerződés ismételt érvénybe helyezését. Kijelentjük, hogy visszamenőlegesen szolgáltatási igénnyel nem élünk, káresemény nem történt. Vállaljuk, hogy a hátralékot 8 napon belül banki átutalással rendezzük. A biztosító jogosult a reaktiválást elbírálás alapján teljesíteni vagy indoklás nélkül elutasítani. A biztosító továbbá a szerződési feltételek alapján végezhet kockázatelbírálást, melynek eredményétől függően a reaktiválási kérelmet befogadhatja vagy elutasíthatja.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Biztosított neve					
Biztosított születési helye, dátuma					

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT
(Kockázati életbiztosítás, Bármely okú maradandó egészségkárosodás 40% biztosítás, Kritikus betegségek egészségbiztosítás, Bármely okú maradandó egészségkárosodás 70% kiegészítő biztosítás, Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás, Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás, Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás szolgáltatások választása esetén kérjük megválaszolni a megnevezett biztosított részéről.)

Jelen nyilatkozattal kijelentem, hogy nem szenvedtem és jelenleg sem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben – kivéve egyszerű, szövődmenymentes nátha, influenza, heveny maradványtünetek nélkül gyógyult fertőző betegségek –, nem álltam és nem állok sem háziorvosi, szakorvosi, sem fekvőbeteg-ellátó intézményben kezelés alatt. Különös tekintettel nem szenvedek/nem szenvedtem szív- és érrendszeri betegségben (pl. magas vérnyomás, szívritmus zavar, koszorúér), légzőszervi, emésztőszervi, vese, húgy- és ivarszervi, idegrendszeri (pl. epilepszia) vagy pszichés betegségben, mozgásszervi, vérképzőszervi, immunrendszeri, hormonrendszeri, anyagcsere (pl. cukorbetegség), bőr- és daganatos megbetegedésben, súlyos fertőző betegségben (pl. fertőző májgyulladás). Nincs örökletes vagy veleszületett megbetegedésem. Nincs semmilyen testi, értelmi vagy érzékszervi akadályozottságom, nem szenvedek némaságban, siketségben, csökkent hallóképességben vagy vakságban. Kijelentem, hogy nem szedtem/szedek rendszeresen gyógyszert és nem állok gyógyszeres kezelés alatt. Nem volt olyan bal-eseti sérülésem, ami fekvőbeteg intézményi kezelést, vagy több alkalommal történő járóbeteg ellátást igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet. Nincs megállapított munkaképesség-csökkenésem/egészségkárosodásom, nem részesülök rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban, nyugdíjban, járadékban és nem nyújtottam be ennek megállapítására irányuló kérelmet sem. Jelenleg nem vagyok keresőképtelen állományban, munkaképességem teljes. Nincs káros szenvedélyem, korábban sem volt, és jelenleg sem szenvedek alkoholfüggőségben. Kevesebb cigarettát szívok napi 20 szálnál. A fentiek alapján tehát ki tudom jelenteni, hogy az egészségi nyilatkozatban foglaltaknak maradéktalanul megfelelek, mert legjobb tudomásom szerint egészséges vagyok. Alulírott leendő biztosított kijelentem, hogy a jelen egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő válaszokat adtam, és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Tudomásul veszem, hogy az egészségi nyilatkozat a biztosítási ajánlat elválaszthatatlan részét képezi.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Az egyszerűsített egészségi nyilatkozatot:	☐ megteszem ☐ nem teszem meg, Részletes egészségi nyilatkozatot teszek.	☐ megteszem ☐ nem teszem meg, Részletes egészségi nyilatkozatot teszek.	☐ megteszem ☐ nem teszem meg, Részletes egészségi nyilatkozatot teszek.	☐ megteszem ☐ nem teszem meg, Részletes egészségi nyilatkozatot teszek.	☐ megteszem ☐ nem teszem meg, Részletes egészségi nyilatkozatot teszek.
Biztosított / Kiskorú biztosított törvényes képviselőjének aláírása:					

Kelt:	Szerződő aláírása:	Átvette:
-------	--------------------	----------