

**EGÉSZSÉGI KÉRDŐÍV JELZÁLOGHITELEKHEZ „A” BIZTOSÍTÁSI CSOMAG IGÉNYLÉSE ESETÉN**

Tisztelt Hölgyem/Uram!  
 Kérjük, töltsé ki nyomtatott betűkkel az alábbi nyilatkozatot, és adja át az OTP Bank képviselőjének!

**1. Az ügyfél adatai**

a. Név: \_\_\_\_\_

b. Születési hely, idő: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

c. Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

d. Személyazonosító igazolvány száma: \_\_\_\_\_

e. Telefonszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

f. E-mail cím: \_\_\_\_\_

**2. Az OTP Bank képviselőjének adatai**

a. Név: \_\_\_\_\_

b. Bankfiók címe: \_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

c. Hlteligenylys száma: \_\_\_\_\_

d. Telefonszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

e. E-mail cím: \_\_\_\_\_

**3. Egészségi kérdőív**

a. Nyújtott-e be egészségi állapot csökkenés megállapítása iránti kérelmet, melynek elbírálása még folyamatban van?  igen  nem

b. Testtömeg indexe (testsúly osztva a m-ben kifejezett testmagasság négyzetével) meghaladja-e a 30-at? (terhes anyák esetében a „Nem” választ kell megjelölni).  igen  nem

c. Volt-e az elmúlt 3 év során több mint 30 napig keresőképtelen állományban (kivéve az alább felsorolt okok miatti keresőképtelenséget)? Terhesség, depresszió, baleset (a biztosított akaratán kívüli ok miatt, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a biztosított testi sérülését okozza) szövődmény nélkül, ortopédiai műtét.  igen  nem

d. Sz szenved-e az alábbi betegségekben, illetve kezelik-e Önt az alábbi betegségek miatt, vagy volt-e az elmúlt 5 év során kórházban az alábbi betegségek miatt, vagy várható-e, hogy az alábbi betegségek miatt kórházi kezelésre vagy szűrővizsgálatra kerül sor?

d/1. Rosszindulatú daganat  igen  nem

d/2. Vérképzőszervi betegségek (pl. vérzékenység)  igen  nem

d/3. Autoimmun betegségek (pl. Sclerosis multiplex), kivéve pikkelysömör, pajzsmirigy túlműködés  igen  nem

d/4. AIDS  igen  nem

d/5. Idegrendszeri betegségek  igen  nem

d/6. Bármely szívbetegség/magas vérnyomás, ami kezeletlenül magasabb mint 160/100 Hgmm  igen  nem

d/7. A következő emésztőszervi betegségek bármelyike: krónikus hasnyálmirigy gyulladás, májgyulladás (C hepatitis vagy aktív A vagy B), májszugar, steatosis  igen  nem

d/8. A metabolikus rendszer vagy belső elválasztású mirigyek betegségei (pl. kezelés nélkül 205 mg/l fölötti koleszterol szint, 1. típusú (inzulinfüggő) diabétesz, 2. típusú diabétesz háromszoros terápiával, 3g/l fölötti triglicerid szint  igen  nem

d/9. Krónikus vesebetegség  igen  nem

d/10. Mozgásszervi betegségek (izomsorvadás, ízületi bántalmak, csontbetegségek)  igen  nem

d/11. A következő légzőszervi betegségek bármelyike: tüdő fibrózis, TBC, krónikus bronchitis, tüdő infarctus, egyéb krónikus légzőszervi betegség)  igen  nem

d/12. Súlyos látászavar (nagyobb látótérkiesés)  igen  nem

e. Kábítószer- vagy alkoholfüggőségben szenved-e?  igen  nem

f. Ha dohányzik, az elmúlt 10 év során napi 20 szál cigarettánál többet szívott-e?  igen  nem

