

Egészségi nyilatkozat



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt., 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. Generali TeleCenter: (06-40) 200-250

Ajánlatszám/Kötvényszám:

Biztosított ügyfélszáma:

Biztosított neve:			
Biztosított neve:	Születési hely, idő:		Telefonszám:
Állandó lakcím:			
Levelezési cím:			

1. Jelenleg vannak-e panaszai az egészségi állapotával kapcsolatban? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ezek ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
2. Jelenleg áll-e orvosi kivizsgálás, ellenőrzés alatt? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ezek ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
3. Jelenleg szenved-e valamilyen betegség(ek)ben? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük a betegség(ek) ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
4. Jelenleg áll-e gyógyszeres vagy egyéb kezelés alatt? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük a kezelés ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
5. Jelenleg keresésképtelen állományban van-e? <input type="checkbox"/> igen: Miért, mióta? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
6. Korábban állt-e járóbeteg-kivizsgálás, gondozás, kezelés alatt? <input type="checkbox"/> igen: Mikor, miért, milyen eredménnyel? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
7. Történt-e önnél HIV-vizsgálat? <input type="checkbox"/> igen: Mikor, miért, milyen eredménnyel? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
8. Korábban szenvedett-e valamilyen betegség(ek)ben? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont feltüntetésével a betegség, a kezelés és a kimenetel ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
9. Érte-e valaha sérüléssel járó baleset? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont, a baleset, a sérülés, a gyógykezelés és a kimenetel ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
10. Korábban feküdt-e fekvőbeteg gyógyintézetben? <input type="checkbox"/> igen: Zárójelentés másolatot kérünk! Ha nincs birtokában, kérjük, ismertesse mikor, hol, miért kezelték! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
11. Korábban volt(ak)-e műtétje(i)? <input type="checkbox"/> igen: Zárójelentés és műtéti leírás másolatot kérünk! Ha nincs birtokában, kérjük az időpontot és a beavatkozás ismertetését! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
12. Az elmúlt 5 évben volt-e négy hétnél hosszabb ideig keresésképtelen állományban? <input type="checkbox"/> igen: Ismertesse mikor és milyen betegség miatt! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
13. Egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására kérelmet nyújtott-e már be? <input type="checkbox"/> igen: Mikor, milyen alapbetegséggel, egészségkárosodás ill. munkaképesség-csökkenés mértéke? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
14. Dolgozott-e valamikor munkahelyi ártalmat okozó munkahelyen/munkakörben? <input type="checkbox"/> igen: Mikor, hol, mit, mennyi ideig, milyen ártalmaknak volt kitéve? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
15. Magassága: <input type="text"/> cm Testsúlya: <input type="text"/> kg	

16. Dohányzik-e? <input type="checkbox"/> igen: Naponta mennyit és mit? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
17. Fogyaszt-e napi rendszerességgel szeszes italt? <input type="checkbox"/> igen: Mit és mennyit? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
18. Állt-e valamikor alkohol-, kábítószer-elvonó kezelés/gondozás alatt? <input type="checkbox"/> igen: Melyik kezelés alatt állt, mikor, milyen eredménnyel? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
19. Visel-e nyolc dioptriánál erősebb szemüveget/kontaktlencsét? <input type="checkbox"/> igen -----	<input type="checkbox"/> nem
20. Van-e egyéb érzékszervi, veleszületett és/vagy szerzett testi fogyatéka? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük, részletezze! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
21. Nőknél: jelenleg terhes-e? <input type="checkbox"/> igen -----	<input type="checkbox"/> nem
22. Nőknél: volt-e már császármetszéssel vagy fogós műtéttel járó születe? Lépett-e fel eddigi terhessége(i), születe(i) során komplikáció, szövődmény? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük, részletezze! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
23. Előfordult-e családjában örökítő betegség, szív- és érrendszeri betegség, rosszindulatú daganat, öngyilkosság? <input type="checkbox"/> igen: Kérjük sorolja fel! ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
24. Kezelőorvosának neve, címe: -----	
25. Részesül-e saját jogú nyugellátásban vagy baleseti ellátásban? <input type="checkbox"/> igen: Miért és mikortól? ----- -----	<input type="checkbox"/> nem
26. Keresésképtelenségre vonatkozó kockázat esetén töltendő ki! Saját jogon jogosult-e a táppénzre? <input type="checkbox"/> igen ----- <input type="checkbox"/> nem: Miért? ----- -----	
27. Részletezés (Kérjük a válaszok bővebb kifejtését hivatkozva a fenti pontokra!) ----- ----- ----- ----- -----	

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megfizetésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Biztosított aláírása

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok)

Kelt: