

# Kiegészítő kérdőív asthma bronchiale betegségre vonatkozóan



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Zrt.

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

Biztosított neve: \_\_\_\_\_

Születési dátuma: \_\_\_\_\_

1. Mióta áll fenn a betegsége? \_\_\_\_\_

2. Milyen gyakran lépnek fel a rohamok? (Kérjük bekarikázással jelölje!)

- a) kevesebb, mint 1 roham/hó
- b) 1-2 roham/hó
- c) több mint 2 roham/hó

3. Milyen módon szünteti meg a rohamokat? (Kérjük bekarikázással jelölje!)

- a) magától megszűnik (minden alkalommal)
- b) spray segítségével (minden alkalommal)
- c) esetenként iv. injekcióra szorul
- d) esetenként sürgős kórházi felvétel szükséges
- e) egyéb: \_\_\_\_\_
- c) Hány esetben volt erre szükség az elmúlt 5 évben? \_\_\_\_\_
- d) Hány esetben volt erre szükség? \_\_\_\_\_

4. Mikor volt az utolsó rohama? \_\_\_\_\_

5. Milyen az állapota rohammentes időszakban? (Kérjük bekarikázással jelölje!)

- a) panaszmentes
- b) elvétele légúti panaszok, de rendszeres kezelésre nincs szükség
- c) rendszeres gyógyszeres kezelést igényel

6. Áll/Állt-e Ön a betegsége miatt

a) keresőképtelen állományban? \_\_\_\_\_  igen  nem  
mikor? \_\_\_\_\_

b) tudógondozói ellenőrzés alatt? \_\_\_\_\_  igen  nem  
mikor? \_\_\_\_\_  
hol? \_\_\_\_\_

(Ha igen, kérjük mellékelje az erről szóló orvosi dokumentumait!)

c) kórházi kezelés alatt? \_\_\_\_\_  igen  nem  
mikor? \_\_\_\_\_  
hol? \_\_\_\_\_

(Ha igen, kérjük mellékelje az erről szóló orvosi dokumentumait!)

d) szanatóriumi gyógykezelés alatt? \_\_\_\_\_  igen  nem  
mikor? \_\_\_\_\_  
hol? \_\_\_\_\_

(Ha igen, kérjük mellékelje az erről szóló orvosi dokumentumait!)

7. Terápia

- a) Milyen gyógyszereket szed? \_\_\_\_\_
- b) Milyen adagolásban? \_\_\_\_\_

8. Állítottak-e meg tartós munkaképesség-csökkenést? \_\_\_\_\_  igen  nem

Mikor? \_\_\_\_\_ Milyen fokút? \_\_\_\_\_  
(Ha igen, kérjük mellékeljen egy részletes kezelőorvosi jelentést betegsége(r)ről!)

9. Mennyit dohányzik naponta? \_\_\_\_\_

További megjegyzés: \_\_\_\_\_

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése a biztosítás érvénytelenségét vonhatja maga után. Egyben felhatalmazom a biztosítótársaságot, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatos egyéb információkat beszerezze, valamint az ezen információkat kiadók felmentem a társasággal szembeni titoktartási kötelezettségük alól. Jelen nyilatkozatomban hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosítási tiltkot képező személyi- és egészségi állapotomra vonatkozó adataimat, továbbá a megkötött biztosítási szerződéssel, annak tartalmával kapcsolatos adatokat a Generali-Providencia Biztosító Zrt. ajánlat-elbírálási ill. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból a Generali Holding Vienna AG részére átadjam.

\_\_\_\_\_ dátum

\_\_\_\_\_ biztosított aláírása