

Kiegészítő kérdőív daganatos 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. Betegségének orvosi megnevezése?

2. Mióta ismert a betegsége?

3. Történt-e

a) műtét? (típusa, ideje, helye) a)

b) gyógyszeres kezelés?(ideje, típusa, tartama) b)

c) sugárkezelés? (típusa, ideje, helye) c)

(Lehetőség szerint kérjük a zárójelentések másolatait!)

4. Jelenleg gyógykezelés alatt áll-e?

5. Terveznek-e további kezelést?

6. Utolsó kontrollvizsgálata (ideje, eredménye):

7. Ki az Ön kezelőorvosa?

8. Változott-e az elmúlt években a testsúlyja? növekedés _____ kg
csökkenés _____ kg

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 beszeresse, valamint az ezen információkat kiadókat felmentem a társasággal szembeni titoktartási kötelezettségük alól. Jelen nyilatkozatomban hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosítási titkot 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 átadja.

_____ dátum

_____ biztosított aláírása