

# Kiegészítő kérdőív halláscsökkenés esetére



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. Melyik fülére nagyothalló?  
\_\_\_\_\_
2. Milyen fokban?  
a) kismértékű  
b) nagymértékű  
Halláscsökkenése százalékban  
jobb \_\_\_\_\_ %  
bal \_\_\_\_\_ %  
\_\_\_\_\_
3. Halláscsökkenése mióta áll fenn?  
\_\_\_\_\_
4. Mi az oka?  
\_\_\_\_\_
5. Van-e megállapított munkaképesség-csökkenés?  
Mekkora százalékban?  
Kérem az értesítő másolatát mellékelni!  
\_\_\_\_\_
6. Korábbi gyógykezelési próbálkozások:  
\_\_\_\_\_
7. Kezelések kimenetele:  
\_\_\_\_\_
8. Jelenleg kezelik-e?  
\_\_\_\_\_
9. Volt-e Önnek füloperációja?  
a) milyen operációt végeztek, melyik oldalon?  
b) mikor, hol?  
c) milyen eredménnyel?  
\_\_\_\_\_
10. Kezelőorvos neve, címe:  
\_\_\_\_\_

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