

Kiegészítő kérdőív ideg/kedély 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. Mikor állapították meg az Ön ideg/kedély betegségét?

Milyen időközönként jelentkeznek ezzel kapcsolatos panaszai?

Milyen hosszan tartanak a panaszos időszakok?

Utoljára mikor volt panaszos időszak?

2. Betegségének orvosi megnevezése?

3. Jellemző panaszai?

4. Mely orvosok, pszichológusok kezelték és mely intézményekben?
(név, cím, szakterület)

Mikor?

Egyenként mennyi ideig?

5. Milyen gyógyszereket szedett és milyen adagolásban?

Melyeket szedi még jelenleg is és milyen adagolásban?

6. Milyen gyakran volt Ön munkaképtelen?

Mennyi ideig?

Utoljára mikor?

Szükség volt-e munkahely változtatásra?

7. Milyen panaszai, szövődményei vannak még ma is?

8. Állapítottak-e meg Önnél munkaképesség-csökkenést?
Ha igen, mikor?

Munkaképesség-csökkenés foka? _____ %

(Kérem az értesítés másolatát mellékelni!)

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 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