

Kiegészítő kérdőív magas vérnyomásra 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. Mennyi volt a legmagasabb
vérnyomás eredménye? _____ / _____
szisztolés diasztolés
3. Mekkora volt az utolsó mért vérnyomása? _____ / _____
szisztolés diasztolés
Mikor mérték?

4. Regisztráltak-e EKG eltérést?

5. Milyen panaszai vannak, illetve voltak Önnek?

6. Állt-e Ön a betegsége miatt
 - a) háziorvosi kezelés alatt? a) mikor?
 - b) kórházi kezelés alatt? b) mikor?
hol?
 - c) szanatóriumi kezelés alatt? c) mikor?
hol?(Kérjük a zárójelentés másolatait!)

7. Terápia
 - a) korábban szedett gyógyszerei a)
 - b) jelenlegi gyógyszereszedése b)_____
8. Betegsége okozott-e átmeneti vagy tartós munkaképesség-csökkenést?
(Kérjük a határozat fénymásolatát!)

9. Mennyi a napi alkoholfogyasztása?

10. Mennyit dohányzik naponta?

11. Magasság: _____ cm Testsúly: _____ 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 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