

Kiegészítő kérdőív májgyulladásra 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. Májgyulladás (Hepatitis) típusa? (A, B, vagy más típusú)

2. Mi okozta a megbetegedést?

3. Maradt-e fenn valamilyen szövődmény?

Ha igen, kérem részletezze:

4. Kialakult-e krónikus megbetegedés?

5. Szükség van-e betegsége miatt további ellenőrzésre vagy kezelésre?

6. Mikor volt a legutóbbi kontroll vizsgálata?

Eredménye:

7. Kezelőorvos neve, szakterülete, 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