

Kiegészítő kérdőív műtetre 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. Melyik szervét, illetve testrészét operálták?

2. Milyen betegség miatt műtötték?

3. Mióta szenved ebben a betegségben?

4. Melyik kórházban operálták?

5. Mikor?

6. Meddig kezelték kórházban az operáció után?

7. Részesült-e utókezelésben?

8. Szövettani vizsgálat lelete:
(Zárójelentést kérünk!)

9. Szed-e Ön rendszeresen gyógyszert?

Ha igen, mit, milyen adagolásban?

10. Milyen az általános egészségi állapota?

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 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