

Kiegészítő kérdőív reuma 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. Szenved vagy szenvedett-e
a) ízületi betegségben?
b) lágyrész reumában?
Betegsége megállapításának időpontja: _____
Betegségének orvosi megnevezése:
a) _____
b) _____
2. Betegségének lefolyása, panaszai:
a) egyszer (időpont) jelentkeztek
b) többször (időpontok) jelentkeztek
c) jelenleg is fennállnak
Panaszainak részletezése:
a) _____
b) _____
c) _____
3. Terápia
a) gyógyszeres (típus, adagolás, időpont)
b) fizioterápia (módszer, időpont)
c) jelenleg milyen gyógyszereket szed?
a) _____
b) _____
c) _____
4. Kezelőorvos neve, címe: _____
5. Kezelték-e fekvőbeteg gyógyintézetben?
(Kérjük a zárójelentés másolatát!) _____
6. Állapítottak-e meg átmeneti- vagy tartós munkaképesség-csökkenést?
(Időpont, időtartam, százalék) _____
7. Jelen panaszai? _____
8. Átlagos vérnyomása? a) _____ / _____
szisztolés diasztolés
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 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