

## EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma \_\_\_\_\_ száma: \_\_\_\_\_

Ügyfél neve \_\_\_\_\_

Születési ideje \_\_\_\_\_

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

### **20-O) Allergia**

Van vagy volt az Ügyfélnek allergiája? igen/nem

Milyen panaszai vannak az Ügyfélnek?  
(bőr, légzés, szem, sokk stb.) .....

Mi az allergia oka?(allergia valamilyen anyagra:  
pl.: növény, állati szőr, házipor,élelmiszer) .....

Mely eseményeknél lépnek fel panaszok? (pl.: virágzás, lakkozás) .....

Milyen hosszú ideig tartanak a panaszok? .....

Végeztek az Ügyfélen már allergiavizsgálatot? igen/nem

Áll az Ügyfél hyper- vagy deszenzibilizáló kezelés alatt? igen/nem

Már befejezték ezt a kezelést? Mikor? .....

Milyen eredménnyel? .....

Mely orvos kezelte/vizsgálta az Ügyfelet? .....

Milyen betegség miatt? .....

(Kérjük a nevet, címet, időpontot megadni!) .....

Részesült az Ügyfél kórházi kezelésben? igen/nem

Milyen betegség miatt? .....

(Kérjük a nevet, címet, időpontot, a tartózkodás időtartamát megadni!) .....

Van az Ügyfélnek allergiája mellett krónikus bronchitise vagy asthmája? igen/nem

(Ha igen kérjük a leleteket.)

Teljesen meggyógyult az ügyfél? igen/nem

Milyen panaszai vannak még? .....

Szed gyógyszereket az ügyfél? Milyeneket? .....

Dohányzik az Ügyfél? Mióta, naponta hány szálát? .....

Korlátozza az Ügyfelet allergiája a munkavégzésben? igen/nem

Törekszik az Ügyfél a fenti orvosi okok miatt munkahelyváltásra? igen/nem

Volt már ilyen munkahelyváltatása? igen/nem

Volt valaha az Ügyfél allergiája miatt 4 hétnél tovább  
vagy ismételten munkaképtelen? igen/nem

(Ha igen, mikor, mennyi ideig, milyen gyakran?) .....

Kelt: .....

(aláírás)

## EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma \_\_\_\_\_ száma: \_\_\_\_\_

Ügyfél neve \_\_\_\_\_

Születési ideje \_\_\_\_\_

(Szíveskedjen kihúzni az Önre nem vonatkozó kérdéseket)

### **20. Allergia**

Van vagy volt az Ügyfélnek allergiája? igen/nem

Milyen panaszai vannak az Ügyfélnek?  
(bőr, légzés, szem, sokk stb.) .....

Mi az allergia oka?(allergia valamilyen anyagra: .....

pl.: növény, állati szőr, házipor,élelmiszer) .....

Mely eseményeknél lépnek fel panaszok? (pl.: virágzás, lakkozás) .....

Milyen hosszú ideig tartanak a panaszok? .....

Végeztek az Ügyfélen már allergiavizsgálatot? igen/nem

Áll az ügyfél hyper- vagy deszenibilizáló kezelés alatt? igen/nem

Már befejezték ezt a kezelést? Mikor? .....

Milyen eredménnyel? .....

Mely orvos kezelte/vizsgálta az Ügyfelet? .....

Milyen betegség miatt? .....

(Kérjük a nevet, címet, időpontot megadni!) .....

Részesült az Ügyfél kórházi kezelésben? igen/nem

Milyen betegség miatt? .....

(Kérjük a nevet, címet, időpontot, a tartózkodás időtartamát megadni!) .....

Van az Ügyfélnek allergiája mellett krónikus bronchitise vagy asthmája? igen/nem

(Ha igen kérjük a leleteket.)

Teljesen meggyógyult az Ügyfél? igen/nem

Milyen panaszai vannak még? .....

Szed gyógyszereket az Ügyfél? Milyeneket? .....

Dohányzik az Ügyfél? Mióta, naponta hány szálát? .....

Korlátozza az Ügyfelet allergiája a munkavégzésben? igen/nem

Törekszik az Ügyfél a fenti orvosi okok miatt munkahelyváltásra? igen/nem

Volt már ilyen munkahelyváltatása? igen/nem

Volt valaha az Ügyfél allergiája miatt 4 hétnél tovább  
vagy ismételten munkaképtelen? igen/nem

(Ha igen, mikor, mennyi ideig, milyen gyakran?) .....

**Kérjük betegségével kapcsolatos orvosi dokumentumainak mellékelését !**

Sajátkezű aláírással igazolom, hogy fenti kérdéseket hiánytalanul és a valóságnak megfelelően válaszoltam meg, és nem titkoltam el semmit. Elismerem, hogy a hiányos vagy a valóságnak nem megfelelő válaszok magukkal vonják a biztosítási követelések elvesztését.

Kelt:

.....

(aláírás)