

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

30-O) Érbetegség (Érszűkület, értágulat, visszérbetegség, trombózis)

Volt vagy van az Ügyfélnek érbetegsége? igen/nem

Az Ügyfél érbetegségének orvosi megnevezése: (pl.: verőérszűkület, érelzáródás, visszértágulat, trombózis, embólia, lábszárfejkély, értágulat, aneurizma)

Mióta ismert az érbetegsége?

Mikor járt érsebészeti, érgyógyászati kontroll vizsgálaton?

Részesült-e érbetegség miatt kórházi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

Részesült-e az Ügyfél érbetegsége miatt szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mikor? Hol?

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

Kérjük betegségével kapcsolatos orvosi leleteit mellékelni !

Teljesen egészséges az Ügyfél? igen/nem

Ha nem teljesen egészséges, milyen panaszai vannak még?
(pl.: zsibbadás a karban és lábban, vádligörcs, lábak, kezek hideg-érzése, lábdagadás, fejfájás, szédülés, látászavar, ideggyógyászati tünetek, fulladás stb.)

Társul-e betegségéhez magas vérnyomás?

Kérjük adja meg a legmagasabb mért vérnyomását és az utolsó mért vérnyomásértékét, pulzusszámát !

Terveznek-e az Ügyfélnél műtéti, vagy katéteres beavatkozást? igen/nem

Dohányzik az Ügyfél? Mióta, mennyit naponta?

Érbetegség következtében fennáll-e munkaképesség csökkenése? igen/nem

Milyen mértékben ? (%)

Az Ügyfél testmagassága:cm

Az Ügyfél testsúlya:kg

Hízott az Ügyfél az utóbbi években? Mennyit? igen/nem

Fogyott az Ügyfél az utóbbi években? Mennyit? igen/nem

Mely orvos kezeli, vagy kezelte az Ügyfelet egyéb betegség miatt?

Kérjük a leletek mellékelését!

Volt-e az Ügyfél valaha 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)

30) Érbetegség (Érszűkület, értágulat, visszérbetegség, trombózis)

Volt vagy van Önnek érbetegsége? igen/nem

Az Ügyfél érbetegségének orvosi megnevezése: (pl.: verőérszűkület, érelzáródás, visszértágulat, trombózis, embólia, lábszárfekély, értágulat, aneurizma)

Mióta ismert az érbetegsége?

Mikor járt érsebészeti, érgyógyászati kontroll vizsgálaton?

Részesült-e érbetegség miatt kórházi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

Részesült-e az Ügyfél érbetegsége miatt szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mikor? Hol?

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

Kérjük betegségével kapcsolatos orvosi leleteit mellékelni !

Teljesen egészséges az Ügyfél? igen/nem

Ha nem teljesen egészséges, milyen panaszai vannak még?
(pl.: zsibbadás a karban és lábban, vádligörcs, lábak, kezek hideg-érzése, lábdagadás, fejfájás, szédelés, látászavar, ideggyógyászati tünetek, fulladás stb.)

Társul-e betegségéhez magas vérnyomás?

Kérjük adja meg a legmagasabb mért vérnyomását és az utolsó mért vérnyomásértékét, pulzusszámát !
.....

Terveznek-e az Ügyfélnél műtéti, vagy katéteres beavatkozást? igen/nem

Dohányzik az ügyfél? Mióta, mennyit naponta?

Érbetegség következtében fennáll-e munkaképesség csökkenése? igen/nem

Milyen mértékben ? (%)

Az Ügyfél testmagassága:cm

Az Ügyfél testsúlya:kg

Hízott az ügyfél az utóbbi években? Mennyit? igen/nem

Fogyott az Ügyfél az utóbbi években? Mennyit? igen/nem

Mely orvos kezeli, vagy kezelte az Ügyfelet egyéb betegség miatt?

Kérjük a leletek mellékelését!

Volt-e az Ügyfél valaha 4 hétnél tovább vagy ismételten munkaképtelen? igen/nem

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

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)