

## EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

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

Ügyfél neve \_\_\_\_\_

Születési ideje \_\_\_\_\_

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

### 1-O) Ideg- és kedélybetegség

Az ideg- és kedélybetegség orvosi megnevezése: .....

Mióta beteg az Ügyfél? ..... év.....

Mi okozta az Ügyfél betegségét? .....

Észlelt tünetek: (pl. fejfájás, remegés, szédülés, eszméletvesztés, bénulás, túlzott érzékenység, görcsök, depresszió, hangulatingadozás, alvási zavar, stb.)? .....

Milyen gyakran jelentkeznek ezek a tünetek az Ügyfélnél? ..... naponta ..... havonta ..... évente

Milyen tartósak? .....

Mikor jelentkeztek utoljára a tünetek az Ügyfélnél? .....

Volt már öngyilkossági kísérlete az Ügyfélnél? ..... igen/nem

Hány alkalommal, mely időpontokban? .....

Előfordul-e az Ügyfél családjában ideg- illetve kedélybetegség? ..... igen/nem

Ha igen, milyen, mely családtagnál? .....

Végeztek az Ügyfélnél laboratóriumi vizsgálatot? ..... igen/nem

#### **Kérjük leletét mellékelje!**

Végeztek-e más vizsgálatot az Ügyfélnél? .....

(pl. EEG, EMG, CT, MR, ENG) Kérjük leletét mellékelje! .....

Melyik orvos kezelte az Ügyfelet ideg- ill. kedélybetegsége során? .....

(Név, cím, időpont) .....

Részesült-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége miatt kórházi kezelésben? ..... igen/nem

Mikor? Hol? Eredmény? .....

Volt-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége miatt szanatóriumban? ..... igen/nem

Mikor? Hol? Eredmény? .....

#### **Kérjük leletei mellékelését !**

Teljesen elmúlt-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége? ..... igen/nem

(Ha igen, mióta?) .....

(Ha nem, milyen tünetek maradtak fenn?) .....

Az Ügyfél szed-e gyógyszert? ..... igen/nem

(Ha igen, melyet?) .....

Akadályozott-e az Ügyfél ideg-és kedélybetegsége miatt a munkavégzésében? ..... igen/nem

Jár vagy járt-e ez az Ügyfélnél keresetkieséssel? ..... igen/nem

(Ha igen, hány százalékban?) .....

Volt-e az Ügyfél valaha ideg- ill. kedélybetegsége 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)

### 1. Ideg- és kedélybetegség

Az ideg- és kedélybetegség orvosi megnevezése: .....

Mióta beteg az Ügyfél? ..... év.....

Mi okozta az Ügyfél betegségét? .....

Észlelt tünetek: (pl. fejfájás, remegés, szédéltség, eszméletvesztés, bénulás, túlzott érzékenység, görcsök, depresszió, hangulatingadozás, alvási zavar, stb.)? .....

Milyen gyakran jelentkeznek ezek a tünetek az Ügyfélnél? ..... naponta ..... havonta ..... évente

Milyen tartósak? .....

Mikor jelentkeztek utoljára a tünetek az Ügyfélnél? .....

Volt már öngyilkossági kísérlete az Ügyfélnél? ..... igen/nem

Hány alkalommal, mely időpontokban? .....

Előfordul-e az Ügyfél családjában ideg- illetve kedélybetegség? ..... igen/nem

Ha igen, milyen, mely családtagnál? .....

Végeztek az Ügyfélnél laboratóriumi vizsgálatot? ..... igen/nem

#### **Kérjük leletét mellékelje!**

Végeztek-e más vizsgálatot az Ügyfélnél? .....

(pl. EEG, EMG, CT, MR, ENG) Kérjük leletét mellékelje! .....

Melyik orvos kezelte az Ügyfelet ideg- ill. kedélybetegsége során? .....

(Név, cím, időpont) .....

Részesült-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége miatt kórházi kezelésben? ..... igen/nem

Mikor? Hol? Eredmény? .....

Volt-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége miatt szanatóriumban? ..... igen/nem

Mikor? Hol? Eredmény? .....

#### **Kérjük leletei mellékelését !**

Teljesen elmúlt-e az Ügyfél ideg- ill. kedélybetegsége? ..... igen/nem

(Ha igen, mióta?) .....

(Ha nem, milyen tünetek maradtak fenn?) .....

Az Ügyfél szed-e gyógyszert? ..... igen/nem

(Ha igen, melyet?) .....

Akadályozott-e az Ügyfél ideg-és kedélybetegsége miatt a munkavégzésében? ..... igen/nem

Jár vagy járt-e ez az Ügyfélnél keresetkieséssel? ..... igen/nem

(Ha igen, hány százalékban?) .....

Volt-e az Ügyfél valaha ideg- ill. kedélybetegsége miatt 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)