

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

9-O) Szív- és keringési zavarok

Volt-e vagy van-e szív vagy keringési betegsége az Ügyfélnek? igen/nem

Milyen diagnózist állított fel az orvos?

(pl.: billentyűbetegség, szívizomelfajulás, szívizomgyulladás, angina pectoris, szívinfarktus, magas vérnyomás, ritmuszavar, agyi-, vagy végtagi érszűkület, vagy értágulat miatti keringési zavar, stb.)

.....

Állt-e az Ügyfél kórházi kezelés alatt fenti betegségek miatt? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

.....

Részesült-e az Ügyfél szanatóriumi kezelésben?

igen/nem

Mettől meddig? Hol?

.....

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

.....

Teljesen meggyógyult az Ügyfél? igen/nem

Ha nem, milyen panaszai vannak még?

(pl.: Légszomj, szívdobogás, mellkasi fájdalom, lábdagadás, gyakori éjszakai vizelés, kar- vagy lábszibbadás görcsök a vádliban, vértódulás a fejbe, fejfájás, szédülés)

.....

Terveznek-e az Ügyfélnél műtétet? Milyet? igen/nem

Dohányzik az Ügyfél? Mennyit naponta?

igen/nem

Kapott vagy kap-e rehabilitációs/rokkantsági járadékot?

igen/nem

Hány százalékot? Milyen alapon?

.....

Az Ügyfél magassága:

.....cm

Az Ügyfél testsúlya:

.....kg

Hízott-e az Ügyfél az elmúlt években? Mennyit?

igen/nem

Fogyott-e az Ügyfél az elmúlt években? Mennyit?

igen/nem

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet?

Milyen betegség miatt?

Kérjük a vizsgálati eredmények, ill. a kezelésekkal kapcsolatos orvosi leletek, zárójelentések mellékelését!

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

Melyik betegség miatt? Mikor? Mennyi ideig?

.....

Kelt:

.....

(aláírás)

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Önre nem vonatkozó kérdéseket)

9. Szív- és keringési zavarok

Volt-e vagy van-e szív vagy keringési betegsége az Ügyfélnek? igen/nem

Milyen diagnózist állított fel az orvos?

(pl.: billentyűbetegség, szívizomgyulladás, angina pectoris, szívinfarktus, magas vérnyomás, ritmuszavar, agyi-, vagy végtagi érszűkület, vagy értágulat miatti keringési zavar, stb.)

.....

Állt-e az Ügyfél kórházi kezelés alatt fenti betegségek miatt? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

.....

Részesült-e az Ügyfél szanatóriumi kezelésben?

igen/nem

Mettől meddig? Hol?

.....

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

.....

Teljesen meggyógyult az Ügyfél? igen/nem

Ha nem, milyen panaszai vannak még?

(pl.: Légszomj, szívdobogás, mellkasi fájdalom, lábdagadás, gyakori éjszakai vizelés, kar- vagy lábszibbadás görcsök a vádliban, vértódulás a fejbe, fejfájás, szédülés)

.....

Terveznek-e az Ügyfélnél műtétet? Milyet? igen/nem

Dohányzik az Ügyfél? Mennyit naponta?

igen/nem

Kapott vagy kap-e rehabilitációs/rokkantsági járadékot?

igen/nem

Hány százalékot? Milyen alapon?

.....

Az Ügyfél magassága:

.....cm

Az Ügyfél testsúlya:

.....kg

Hízott-e az Ügyfél az elmúlt években? Mennyit?

igen/nem

Fogyott-e az Ügyfél az elmúlt években? Mennyit?

igen/nem

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet?

Milyen betegség miatt?

Kérjük a vizsgálati eredmények, ill. a kezelésekkal kapcsolatos orvosi leletek, zárójelentések mellékelését!

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

Melyik betegség miatt? Mikor? Mennyi ideig?

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)