

## EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

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

Ügyfél neve \_\_\_\_\_

Születési ideje \_\_\_\_\_

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

### **10-O) Gyomor és nyombélbetegségek**

Volt-e vagy van-e az Ügyfélnek valamilyen gyomor vagy nyombél betegsége? igen/nem

Milyen diagnózist állított fel az orvos?

(pl.: savhiány, savtúltengés, gyomornyálkahártya-gyulladás, gyomor- vagy nyombélfekély, daganat stb.) .....

Milyen gyakran és mettől meddig szenvedett az Ügyfél a betegségben? .....

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

Mettől meddig? Hol? .....

Részesült-e szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol? .....

Végeztek az Ügyfélen műtétet? igen/nem

Mikor? Hol? .....

Milyen eredménnyel? .....

Az Ügyfél jelenlegi állapota:

Teljesen meggyógyult? igen/nem

Mióta? .....

Ha nem teljesen egészséges milyen panaszai vannak még? .....

**Kérjük gyomor és nyombélbetegségekkel kapcsolatos teljes orvosi dokumentációjának, utolsó komplett laboratóriumi eredményének mellékelését !**

Teljesen egészséges? igen/nem

Terveznek-e műtétet? Milyet? igen/nem

Dohányzik az Ügyfél? Mióta, naponta hány szálát? igen/nem

Kapott, vagy kap-e rokkantsági ellátást / járadékot, rehabilitációs ellátást? igen/nem

Hány százalékot? Milyen alapon? .....

Az Ügyfél magassága: .....cm

Az Ügyfél testsúlya: .....kg

Hízott-e az elmúlt években? Mennyit? igen/nem

Fogyott-e az elmúlt években? Mennyit? igen/nem

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet? .....

Milyen betegség miatt? .....

Kérjük a nevet, címet, időpontot megadni, leleteket mellékelni! .....

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

Milyen 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)

### 10. Gyomor és nyombélbetegségek

Volt-e vagy van-e az Ügyfélnek valamilyen gyomor vagy nyombél betegsége? igen/nem

Milyen diagnózist állított fel az orvos?

(pl.: savhiány, savtúltengés, gyomornyálkahártya-gyulladás, gyomor- vagy nyombélfekély, daganat stb.) .....

Milyen gyakran és mettől meddig szenvedett az Ügyfél a betegségben? .....

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

Mettől meddig? Hol? .....

Részesült-e szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol? .....

Végeztek az Ügyfélen műtétet? igen/nem

Mikor? Hol? .....

Milyen eredménnyel? .....

Az Ügyfél jelenlegi állapota:

Teljesen meggyógyult? igen/nem

Mióta? .....

Ha nem teljesen egészséges milyen panaszai vannak még? .....

**Kérjük gyomor és nyombélbetegségekkel kapcsolatos teljes orvosi dokumentációjának, utolsó komplett laboratóriumi eredményének mellékelését !**

Teljesen egészséges? igen/nem

Terveznek-e műtétet? Milyet? igen/nem

Dohányzik az Ügyfél? Mióta, naponta hány szálát? igen/nem

Kapott, vagy kap-e rokkantsági ellátást / járadékot, rehabilitációs ellátást? igen/nem

Hány százalékot? Milyen alapon? .....

Az Ügyfél magassága: .....cm

Az Ügyfél testsúlya: .....kg

Hízott-e az elmúlt években? Mennyit? igen/nem

Fogyott-e az elmúlt években? Mennyit? igen/nem

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet? .....

Milyen betegség miatt? .....

Kérjük a nevet, címet, időpontot megadni, leleteket mellékelni! .....

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

Milyen 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)