

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

11-O) Máj- és epebetegségek, hasnyálmirigy betegségek

Az Ügyfél epe-, máj- ill. hasnyálmirigy betegségének orvosi neve?

Volt az Ügyfélnek epeköve? igen/nem

Mikor és milyen gyakran lépett fel az ügyfélnél epegörcs?

Volt-e az ügyfélnek epehólyaggyulladás? Mikor?

Volt-e az Ügyfélnek epehólyag eltávolítása? Mikor? igen/nem

Terveznek epeműtétet? igen/nem

Megállapítottak az Ügyfélnél májmegnagyobbodást? Mikor? igen/nem

Volt az Ügyfélnek sárgasága, májgyulladása, hasnyálmirigy betegsége/gyulladás? igen/nem

Mettől meddig?

Jelenleg is vannak az Ügyfélnek epe- máj, vagy hasnyálmirigybetegséggel kapcsolatos panaszai? igen/nem

Tart az Ügyfél valamilyen diétát? igen/nem

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

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

Mettől meddig? Hol?

Részesült-e az Ügyfél szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

Végeztek az Ügyfélen májbiopsziát? igen/nem

Mikor? Hol? Milyen eredménnyel?

Az Ügyfél utolsó hasi ultrahang és laboratóriumi eredménye?

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet?

Milyen betegség miatt?

Kérjük a leleteket mellékelni!

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

Hány százalékot? Milyen alapon?

Kérjük a kapcsolódó dokumentumok mellékelését!

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

Milyen betegség miatt?

Kérjük a kapcsolódó dokumentumok mellékelését !

Kelt:

.....
(aláírás)

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Önre nem vonatkozó kérdéseket)

11.) Máj- és epebetegségek, hasnyálmirigy betegségek

Az Ügyfél epe-, máj- ill. hasnyálmirigy betegségének orvosi neve?

Volt az Ügyfélnek epeköve? igen/nem

Mikor és milyen gyakran lépett fel az Ügyfélnél epegörcs?

Volt-e az Ügyfélnek epehólyaggyulladás? Mikor?

Volt-e az Ügyfélnek epehólyag eltávolítása? Mikor? igen/nem

Terveznek epeműtétet? igen/nem

Megállapítottak az Ügyfélnél májmegnagyobbodást? Mikor? igen/nem

Volt az Ügyfélnek sárgasága, májgyulladás, hasnyálmirigy betegsége/gyulladás? igen/nem

Mettől meddig?

Jelenleg is vannak az Ügyfélnek epe- máj, vagy hasnyálmirigybetegséggel kapcsolatos panaszai? igen/nem

Tart az Ügyfél valamilyen diétát? igen/nem

Milyen gyógyszereket szed az Ügyfél?

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

Mettől meddig? Hol?

Részesült-e az Ügyfél szanatóriumi kezelésben? igen/nem

Mettől meddig? Hol?

Végeztek az Ügyfélen májbiopsiát? igen/nem

Mikor? Hol? Milyen eredménnyel?

Az Ügyfél utolsó hasi ultrahang és laboratóriumi eredménye?

Mely orvosok kezelik, vagy kezelték az Ügyfelet?

Milyen betegség miatt?

Kérjük a leleteket mellékelni!

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

Hány százalékot? Milyen alapon?

Kérjük a kapcsolódó dokumentumok mellékelését!

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

Milyen betegség miatt?

Kérjük a kapcsolódó dokumentumok 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)