

Ajánlatszám/kötvényszám: Biztosított ügyfélszáma:

Biztosított neve:

Biztosított neme: Telefonszáma:

Születési hely és idő:

Állandó lakcím:

Levelezési cím:

Kérjük, hogy teljes eddigi életére vonatkozóan nyilatkozzon!**Felhívjuk figyelmét, ha kiegészítő kérdőív kitöltése szükséges, annak beküldése nélkül a nyilatkozat nem értékelhető.****1. Kérjük adja meg az alábbi adatait!**

Magasság: cm Testsúly: kg

Mennyi az Ön átlagos vérnyomásértéke (szisztolés/diasztolés): / hmmm

2. Dohányzik-e? **igen:** Naponta mennyit és mit? **nem****3. Fogyaszt-e napi rendszerességgel szeszesitalt?** **igen:** Mit és mennyit? **nem**

sör: dl/nap bor: dl/nap égetett szeszesital: dl/nap

4. Volt vagy van-e Önnek magasvérnyomás betegsége? **igen:** Kérjük, mindenképpen mellékelje a kitöltött Magasvérnyomás betegsége vonatkozó kiegészítő kérdőívet! **nem****5. Cukorbeteg Ön?** **igen:** Kérjük, mindenképpen mellékelje a kitöltött Cukorbetegsége vonatkozó kiegészítő kérdőívet! **nem****6. Volt vagy van-e Önnek pajzsmirigy betegsége/rendellenessége?** **igen:** Kérjük, mindenképpen mellékelje a kitöltött Pajzsmirigy betegsége vonatkozó kiegészítő kérdőívet! **nem****7. Volt-e/van-e emelkedett koleszterin és/vagy triglicerid értéke?** **igen:** Kérjük, adja meg az utolsó 3 laborvizsgálat időpontját és a mért értékeket! **nem**.....
..... Laboreredményt mellékelek.**8. Van-e, korábban volt-e valamilyen panasza, betegsége, kóros állapota?****Áll-e vagy állt-e orvosi kivizsgálás, gondozás, kezelés alatt vagy terveznek-e ilyet?** **igen:** Mikor? Miért? Kérjük, ismertesse a jelen állapotát, és csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat! **nem**.....
 Orvosi dokumentumot mellékelek.**9. Áll vagy állt-e valaha fekvőbeteg (kórházi) kezelés alatt, műtötték-e korábban, vagy tervezik-e bármelyiket?** **igen:** Mikor? Mi volt az oka (diagnózis)? Milyen műtét vagy beavatkozás történt? Kérjük, ismertesse a jelen állapotát, és csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat! **nem**.....
 Orvosi dokumentumot mellékelek.

Biztosított neve: Születési dátum:

10. Jelenleg áll-e gyógyszeres vagy egyéb kezelés alatt?

igen: Mit, mennyit, milyen okból (diagnózis)? Kérjük részletezze! **nem**

.....

11. Érte-e valaha sérüléssel járó baleset vagy sportbaleset?

igen: Mikor? Hogyan történt (pl. autóbaleset)? Milyen sérülés érte (diagnózis, testrész és oldaliság megjelölésével)? **nem**

Kérjük, ismertesse a jelen állapotát (bármilyen maradványtünete, panasza van-e még a sérüléssel kapcsolatban)?

Kérjük, csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat!

.....

Orvosi dokumentumot mellékelek.

12. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e, illetve az elmúlt 5 évben volt-e négy hétnél hosszabb ideig keresőképtelen állományban/ munkaképtelen állapotban?

igen: Miért (diagnózis)? Mennyi ideig? Mikor (év)? Kérjük, csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat! **nem**

.....

Orvosi dokumentumot mellékelek.

13. Egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására nyújtott-e már be kérelmet?

igen: Mikor? Milyen betegség/ek miatt? Egészségkárosodás, illetve munkaképesség-csökkenés mértéke? **nem**

Kérjük, csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat, és az orvoszakértői véleményt!

.....

Orvosi dokumentumot mellékelek.

14. Van-e veleszületett és/vagy szerzett érzékszervi és/vagy testi fogyatékosága/betegsége, illetve történt-e kivizsgálás Önnél a családjában előforduló örökletes betegségek miatt?

igen: Kérjük, részletezze mi az (károsodás megnevezése, mértéke és oldalisága)! Kérjük, csatolja a kapcsolódó orvosi dokumentumokat! **nem**

.....

Orvosi dokumentumot mellékelek.

15. Részletezés (Kérjük, a válaszok bővebb kifejtését hivatkozva a fenti pontokra!)

Biztosított neve: Születési dátum:

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fenti biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42–44.)

• Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

• Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben.

Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

• Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Kelt:

.....
 Biztosított aláírása
 Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú
 biztosított esetén törvényes képviselő
 (szülő, gyám vagy gondnok)