

Egészségi nyilatkozat



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • general.hu/kapcsolat

Ajánlatszám/kötvényszám: Biztosított ügyfélszáma:

Biztosított neve:

Biztosított neve: Telefonszáma:

Születési hely és idő:

Állandó lakcím:

Levelezési cím:

- | | |
|---|---|
| <p>1. Jelenleg vannak-e panaszai az egészségi állapotával kapcsolatban?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>2. Jelenleg áll-e orvosi kivizsgálás, ellenőrzés alatt?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ezek ismertetését! <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>3. Jelenleg szenved-e valamilyen betegség(ek)ben?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük a betegség(ek) ismertetését! <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>4. Jelenleg áll-e gyógyszeres vagy egyéb kezelés alatt?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük a kezelés ismertetését! <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>5. Jelenleg keresőképtelen állományban van-e?
 <input type="checkbox"/> igen: Miért, mióta? <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>6. Korábban állt-e járóbeteg-kivizsgálás, gondozás, kezelés alatt?
 <input type="checkbox"/> igen: Mikor, miért, milyen eredménnyel? <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>7. Történt-e önnél HIV-vizsgálat?
 <input type="checkbox"/> igen: Mikor, miért, milyen eredménnyel? <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>8. Korábban szenvedett-e valamilyen betegség(ek)ben?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont feltüntetésével a betegség, <input type="checkbox"/> nem
 a kezelés és a kimenetel ismertetését!

</p> | <p>9. Érte-e valaha sérüléssel járó balesetet?
 <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont, a baleset, a sérülés, <input type="checkbox"/> nem
 a gyógykezelés és a kimenetel ismertetését!

</p> <p>10. Korábban feküdt-e fekvőbeteg gyógyintézetben?
 <input type="checkbox"/> igen: Zárójelentés másolatot kérünk! Ha nincs <input type="checkbox"/> nem
 birtokában, kérjük ismertesse mikor, hol, miért
 kezelték!

</p> <p>11. Korábban volt(ak)-e műtétje(i)?
 <input type="checkbox"/> igen: Zárójelentés és műtėti leírás másolatot kérünk! <input type="checkbox"/> nem
 Ha nincs birtokában, kérjük az időpontot és a
 beavatkozás ismertetését!

</p> <p>12. Az elmúlt 5 évben volt-e négy hétnél hosszabb ideig keresőkép-
 telen állományban?
 <input type="checkbox"/> igen: Ismertesse mikor és milyen betegség miatt? <input type="checkbox"/> nem

</p> <p>13. Egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés megállá-
 pítására kérelmet nyújtott-e már be?
 <input type="checkbox"/> igen: Mikor, milyen alapbetegséggel, egészség- <input type="checkbox"/> nem
 károsodás, ill. munkaképesség-csökkenés mértéke?

</p> <p>14. Dolgozott-e valamikor munkahelyi ártalmat okozó munkahelyen/
 munkakörben?
 <input type="checkbox"/> igen: Mikor, hol, mit, mennyi ideig, milyen <input type="checkbox"/> nem
 ártalmaknak volt kitéve?

</p> <p>15. Magasság: cm
 Testsúly: kg</p> |
|---|---|

Kelt:

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

Biztosított neve: Születési dátum:

16. Dohányzik-e?
 igen: Naponta mennyit és mit? **nem**

17. Fogyaszt-e napi rendszerességgel szeszes italt?
 igen: Mit és mennyit? **nem**

18. Állt-e valamikor alkohol-, kábítószer-elvonó kezelés/gondozás alatt?
 igen: Melyik kezelés alatt állt, mikor, milyen eredménnyel? **nem**

19. Visel-e nyolc dioptriánál erősebb szemüveget/kontaktlencsét?
 igen **nem**

20. Van-e egyéb érzékszervi, veleszületett és/vagy szerzett testi fogyatéka?
 igen: Kérjük részletezze! **nem**

21. Nőknél: jelenleg terhes-e?
 igen **nem**

22. Nőknél: volt-e már császármetszéssel vagy fogós műtéttel járó szülése? Lépett-e fel eddigi terhessége(i), szülése(i) során komplikáció, szövődmény?
 igen: Kérjük részletezze! **nem**

23. Előfordult-e családjában öröklődő betegség, szív- és érrendszeri betegség, rosszindulatú daganat, öngyilkosság?
 igen: Kérjük sorolja fel! **nem**

24. Kezelőorvosának neve, címe:
25. Részesül-e saját jogú nyugellátásban vagy baleseti ellátásban?
 igen: Miért és mikortól? **nem**

26. Keresőképtelenségre vonatkozó kockázat esetén töltendő ki! Saját jogon jogosult-e a táppénzre?
 igen **nem:** Miért?

27. **Részletezés**
 (Kérjük a válaszok bővebb kifejtését hivatkozva a fenti pontokra!)

Kelt:

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

Biztosított neve: Születési dátum:

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

- 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 elbírálásához szükséges személyes adataimat beszerezze és kezelje. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja a fenti célokból az akár a későbbiekben, akár korábban bármikor megadott illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat.
- 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.

Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

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.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a generali.hu oldalról.

Kelt:

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