

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Honlap: www.alfa.hu

A Biztosított neve:

Születési ideje: év hó nap Családi állapota:

Munkáltató: Foglalkozása:

Nyugdíjas állományban van-e? Nem Igen Ha igen, mióta? év hó nap

Ha nyugdíjas, jelölje meg, hogy öregségi, rokkantsági vagy egyéb:

Ha rokkant vagy rokkantsági nyugdíjas, közölje, hogy hány %-os rokkant: %
Milyen ok miatt állapították meg a rokkantságot?

Magassága: cm Testsúlya: kg Testsúlya az utóbbi 2 évben változott e? Nem Igen

Ha fogyott, mennyit, s annak oka?

Van-e testi hibája vagy fogyatékosága: Nincs Van Ha van, milyen jellegű és milyen mérvű?

Jelenleg betegállományban van-e? Nem Igen Az utóbbi 5 évben milyen betegségekkel volt betegállományban? Mikor?

Jelenleg áll-e gyógykezelés alatt valamilyen betegséggel Nem Igen Ha igen, milyennel?

Milyen gyógyszert (gyógyszereket) szed? (Ha insulint fogyaszt, jelölje meg annak napi adagját)

Mikor volt tüdőszűrésen: év hó nap, ezzel kapcsolatban a tüdőgondozó visszarendelte-e? Nem Igen

Milyen betegségekben szenvedett 5 évnél régebben, sorolja fel részletesen, lehetőleg az időpont (év) megjelölésével:

Volt-e gyógyintézeti (kórház, szanatórium, ideggondozó stb.) ápolás vagy gyógykezelés alatt, ha igen, mikor és milyen betegségekkel?

A betegség megnevezése	Időpont	Gyógyintézet neve

Kérjük, hogy a korábbi kórházi zárójelentéseinek fénymásolatait mellékelni szíveskedjék!

Voltak-e műtétjei? Nem Igen Ha igen, milyen okok tették szükségessé? Mikor és mely gyógyintézetben végezték?

Részesült-e radioaktív vagy röntgen sugárkezelésben? Nem Igen Ha igen, mikor? [][][][][] és hol? []

a) Jelenleg mennyi a vérnyomása? []/[] Hgmm (Vérnyomás adatoknál mind a felső, mind az alsó határt meg kell jelölni.)

b) Szed-e vérnyomáscsökkentő szereket, ha igen, melyet? []

c) A múltban volt-e magas vérnyomásos panasza, ha igen, mikor: [][][][] év, és mi volt a vérnyomás legmagasabb értékhatára? []/[] Hgmm

Részt vett-e szakorvosi vizsgálatokon? (EKG, röntgen, vizelet, stb.) Nem Igen

Milyen panaszok tették ezt szükségessé?
[]

Szed-e nyugtatót (altatót)? Nem Igen Ha igen, melyet? []

Dohányzik-e? Nem Igen Ha igen, naponta mennyit? []

Fogyaszt-e rendszeresen szeszesítalt? Nem Igen Ha igen, milyen gyakorisággal, mit és mennyit?
[]

Visel-e szemüveget? Nem Igen Dioptria: []

Kezelőorvosának neve: []

Kezelőorvosának címe: [][][][] []

Családi anamnesis:

	Élők		Meghaltak		
	Életkor	Egészségi állapot	Elért kor	Halál éve	Halál oka
Édesanya					
Édesapa					
Testvérek					
Házastárs					
Gyermekek					

Nőknél: Volt-e halvaszülés? Nem Igen Ha igen, mikor? []

Jelenleg terhes-e? Nem Igen Ha igen, hányadik hónapos? []

Férfiaknál: Volt-e katona? Igen Nem Ha felmentették, az mi okból történt? []

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy e nyilatkozat a biztosítási ajánlat részét képezi.

Kelt: [] [][][][][] év [][] hó [][] nap

[]

A biztosítandó aláírása