

Időskori Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük a dokumentumot NYOMTATOTT BETŰKKEL kitölteni.
- Kérjük, győződjön meg arról, hogy az összes mezőt kitöltötte.
- Abban az esetben, ha válasza nem fér ki az adott helyre, kérjük, írjon a nyomtatvány hátuljára és írja alá a kiegészítéseket.

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

Születési idő: _____ Személyi igazolvány száma: _____ Lakcímkártya száma: _____

2. A BETEGSÉGRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A betegség megnevezése: _____

BNO kód: _____

Diagnosztizálás időpontja: _____

A beteg vizsgálata befejeződött, a fenti diagnózis véglegesnek tekinthető? IGEN NEM

Kórtörténet leírása: _____

Ki lehet jelteni, hogy a betegség végzetes és nem gyógyítható? IGEN NEM

Az Ön véleménye és jelenlegi ismeretei alapján valószínűsíthető, hogy a beteg a diagnózistól számított 12 hónapon belül elhalálozik? IGEN NEM

3. TOVÁBBI INFORMÁCIÓK A BIZTOSÍTOTT BETEGSÉGÉRE VONATKOZÓAN

A biztosított egészségügyi állapotára vonatkozó további információkat itt adhatja meg.

4. ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

GYÓGYÍTHATLAN BETEGSÉG – OLYAN BETEGSÉG, AMELY AZ ORVOSTUDOMÁNY MINDENKORI AKTUÁLIS ÁLLÁSA SZERINT NEM GYÓGYÍTHATÓ, ÉS A BIZTOSÍTÓNAK AZ ORVOSI DIAGNÓZISON, VALAMINT A BETEGSÉG SÚLYOSSÁGÁN ALAPULÓ ÁLLÁSPONTJA SZERINT MEGALAPOZOTTAN FELTÉTELEZHETŐ, HOGY A MEGFELELŐ KEZELÉS ELLENÉRE A DIAGNÓZISTÓL SZÁMÍTOTT 12 (TIZENKETTŐ) HÓNAPON BELÜL A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁHOZ VEZET.

Kijelentem és aláírással igazolom, hogy a fenti információk a valóságnak megfelelnek és teljeskörűek.

ALÁÍRÁS HELYE	Helység	Dátum	Az orvos aláírása és pecsétje