

# 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 első 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

**GYÓGYÍTHATATLAN 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
		_____	