BİREYSEL SAĞLIK ÜRÜN-PLAN DEĞİŞİKLİK FORMU

Allianz

2. BÖLÜM (Ürün-Plan yükseltmesinde meriyet taleplerinde 1. bölüme ek olarak duldurulacaktır.)

Lütfen adayların sıra numarasına uygun olarak boy ve kilo bilgilerini aşağıya kaydediniz. 1. Kişi .....cm/.....kg, 2. Kişi .....cm/.....kg, 3. Kişi .....cm/.....kg, 4. Kişi .....cm/.....kg
Sigara ve/veya alkol kullanımı var ise lütfen açıklayınız? Kendisi: Sigara ..... adet/gün, Alkol ..... kadeh/hafta, Eşi: Sigara ..... adet/gün, Alkol ..... kadeh/hafta
Şirketimizden tazmin edilmiş olsun ya da olmasın, bugüne kadar aşağıda belirtilen hastalık/rahatsızlıklarla ilgili teşhis konuldu mu, tedavi gördünüz mü? Yanıtınız Evet ise aşağıdaki boşluğa bilgileri yazınız.
1. İyi huylu ya da kötü huylu tümörler, sinir sistemi hastalıkları (migren, sara, felç vs.), psikolojik (asabi-ruhi) rahatsızlık/hastalık, göz/deri hastalıkları, alerji, karaciğer/pankreas/mide/barsak hastalıkları, üriner sistem ve böbrek hastalıkları/genital organ (prostat, rahim, yumurtalık vs.) hastalıkları, eklem, kas, kemik hastalıkları/ romatizmal hastalıklar, omurga-disk hastalıkları (bel, göğüs, boyun, omurga fıtıkları, vertebra hastalıkları vs.)
2. Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları/Hipertansiyon/Şeker Hastalıkları/Astım/Alerji/Akciğer Hastalıkları? Yanıtınız Evet ise Lütfen Kalp ve Damar Sistemi/Hipertansiyon/Şeker Hastalıkları-Kronik Solunum Yolu Hastalıkları Ek Bilgi Formlarından ilgili olanı doldurup imzalayınız.
3. Kan ve kan yapıcı Organ hastalıkları var mı? Hiv-AIDS testi yapıldı ise,normal dışı değerler saptandı mı?
4. Kozmetik (estetik) Operasyonlar geçirildi mi, herhangi bir protez takıldı mı?
5. Yukarıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili gelişmiş bir yan etki veya komplikasyon var mı?
6. Herhangi bir laboratuvar (kan, idrar tahlili vb.) veya klinik incelemede normal dışı değerler saptandı mı?
7. Bu güne kadar aşağıdaki tetkiklerden herhangi biri yaptırıldı mı? Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), mamografi, ultrasonografi (USG), endoskopi (gastroskopi, kolonoskopi vb), biyopsi, anjiografi, ekokardiografi, treadmill (stress test-eforlu EKG). Cevabınız Evet ise, lütfen raporlarınızı da ekleyiniz. Raporların temin edilmemesi veya edilememesi halinde, bu bölüme ilişkin hiçbir beyanınız dikkate alınmaz.
8. Yukarıda sayılanların dışında herhangi bir nedenle doktor veya sağlık kurumuna başvuruldu mu? Hastaneye yattınız mı? Tetkik-Tedavi-Ameliyat önerildi mi?
9. Doktora başvurulmamış olsa bile ailesel, doğumsal ya da kronik (sürekliliği olan) bir hastalık, sakatlık, vücut deformasyonu var mı? Tanısı bilinen ya da bilinmeyen, bir rahatsızlık/hastalığınız ya da sağlık durumunuzla ilgili şikayetiniz var mı?
Yanıtlarınız EVET ise aşağıdaki boşluğa bilgileri yazınız. Aksi halde HAYIR olarak kabul edilecektir.

No:	Sigortalı Adı	Tanı-Tedavi-Sağlık Kurumu Açıklaması	Başlama Tarihi	Süresi	Şu Andaki Durumu

Sigortalı Adı Soyadı :

Tarih : ...../...../.....