



## PERSONALDATEN

Vorname: \_\_\_\_\_

Zweiter Vorname: \_\_\_\_\_

Familiename: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Meldeadresse (einschließlich Postleitzahl): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Bankverbindung - Geben Sie bitte Ihre IBAN und die BIC mit an: \_\_\_\_\_

## DOKUMENTATION ZUR VERWENDUNG DES PRODUKTS EQ PURE ARCTIC OIL

EQ Kundennummer: \_\_\_\_\_

Bestellverlauf: \_\_\_\_\_

Testergebnisse (Omega-6 / Omega-3-Verhältnis) bei verschiedenen durchgeführten Messungen - mit beigefügten Kopien der Testberichte.

## KRANKENHAUSDOKUMENTATION/DOKUMENTATION DES ARZTES

- Beschreibung der tatsächlichen Krankheit.
- Krankheitsverlauf/Vorerkrankungen - einschließlich einer Erklärung, dass die Person nicht durch vorherige CV-Erkrankungen, wie in unserer Police aufgeführt, aufgefallen ist, sie nicht an Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz leidet oder noch keinen Schlaganfall oder eine Thrombusbildung gehabt hat.
- Erklärung, dass die Person kein Hörgerät trägt oder Gerinnungshemmer einnimmt.

Bitte senden Sie diesen Anspruch an [support@eqology.com](mailto:support@eqology.com) und geben Sie im Betreff „ZUSICHERUNG“ an.