

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ ή ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Α.Φ.Μ.: ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.:

Α. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:		
(Υπάρχουν ή υπήρχαν στην οικογένεια άτομα πάσχοντα από: Διαβήτη, καρδιά, νεφρά, υπέρταση, AIDS, ημιπληγία, καρκίνο, διανοητικές ή νευρικές διαταραχές; Παρακαλούμε να απαντήσετε παρακάτω:		
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ	ΗΛΙΚΙΕΣ ΑΝ:	
	ΖΟΥΝ	ΠΕΘΑΝΑΝ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ		
ΠΑΤΕΡΑΣ		
ΜΗΤΕΡΑ		
ΑΔΕΛΦΙΑ		

Β. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

- Ποιά είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας;
 - Ποιό είναι το ΥΨΟΣ σας; εκατ. - Το ΒΑΡΟΣ σας; κιλά - Κάνετε δίαιτα;
 - Αν καπνίζετε σήμερα, αναφέρατε από πότε: Πόσα ημερησίως; και τι είδος: Τσιγάρα Πούρα Καπνό πίπας
Αν διακόψατε το κάπνισμα αναφέρατε από πότε:
 - Έχετε κάποιο σωματικό ελάττωμα ή δυσλειτουργία στα άκρα ή αλλού;
 - Έχετε ζητήσει ή παίρνετε σύνταξη λόγω ανικανότητας (μόνιμης ή πρόσκαιρης);
 - Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία για αλκοολισμό ή χρήση ναρκωτικών;
 - Ακολουθείτε σήμερα κάποια συγκεκριμένη θεραπεία με εντολή του γιατρού σας;
 - Είχατε στο παρελθόν νοσηλευτεί λόγω ατυχήματος ή ασθένειας;
 - Είχατε χειρουργηθεί στο παρελθόν ή σας έχουν συστήσει να χειρουργηθείτε;
 - Έχετε υποβληθεί σε ιατρικές-διαγνωστικές εξετάσεις τα τελευταία 3 χρόνια;
 - Έχετε ή είχατε κάποια σοβαρή πάθηση του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, νευρικού, πεπτικού, ουροποιογεννητικού, ενδοκρινικού ή μυοσκελετικού συστήματος;
 - Έχετε κάνει εξετάσεις AIDS ή ηπατίτιδας τύπου Β ή C;
 - Έχετε πάρει αίμα μέχρι τώρα με μετάγγιση;
 - Πίνετε αλκοολούχα ποτά και σε τι ποσότητα ημερησίως;
 - Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από : υπέρταση, δυσκοπιάθεια, οσφυοϊσχυαλγία, λίθο στο νεφρό ή στη χολή, κίρσους, αιμορροΐδες, κήλη ή κύστη κόκυγος;
 - Έχετε κάποια πάθηση στα μάτια, αφτιά, μύτη, λαιμό, δέρμα ή στους λεμφαδένες;
- ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**
- Είσθε έγκυος: Αν ναι, πόσων μηνών;
 - Έχετε κάνει καισαρική τομή;
 - Έχετε ή είχατε κάποια ανωμαλία στο στήθος ή στα γεννητικά όργανα;
 - Έχετε κάνει μέχρι τώρα τεστ Παπανικολάου ή εξέταση Μαστού;
Αν έχετε θεράποντα ιατρό, αναφέρατε Ονομ/μο, Δ/νση, Τηλέφωνο:

Σε περίπτωση που απαντήσατε ΝΑΙ, αναφέρατε παρακάτω τον αριθμό της ερώτησης και λεπτομέρειες δηλ. ημ/νίες, διαγνώσεις, ονόματα και Δ/νσεις Ιατρών, Νοσοκομείων ή Κλινικών κλπ.

- Γ. 1. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ:** Ο υπογραφοόμενος, γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε μένα περιστατικών, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφαση της εταιρίας για ασφάλιση, δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι αληθινές, σωστές και πλήρεις και δεν παρέλειψα να αναφέρω κάτι σχετικό με την υγεία μου.
- Γ. 2. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ:** Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον αρχίατρο της ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗΣ ΑΕΕΓΑ, ή όποιο πρόσωπο της εταιρίας κρίνει αυτός κατάλληλο, να πάρει οποιαδήποτε πληροφορία σχετική με την περιβαλψη που παρέσχε κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, Κλινική ή γιατρός σε μένα ή στα μέλη της οικογένειάς μου, που προτείνονται για ασφάλιση.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση υπογράφηκε παρουσία μου από τους αναφερόμενους παραπάνω και είμαι βέβαιος για την ταυτότητά τους.	ΤΟΠΟΣ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ
---	--	--

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ **Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ** **Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ**