



Ερωτηματολόγιο για την Κατάσταση Υγείας



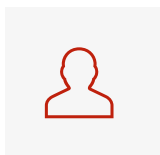
Στοιχεία Ασφαλιστηρίου



Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Επωνυμία Συμβ:

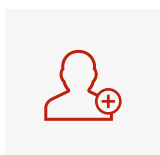
Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου



Όνοματεπώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Στοιχεία Προστατευόμενου Μέλους



Όνοματεπώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Ενότητα A

A1. Καπνίζετε;

Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ αναφέρατε αριθμό τσιγάρων την ημέρα

A2. Πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλ;

Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ αναφέρατε ποσότητα την ημέρα

A3. Πόσο ύψος έχετε;

Ποιο είναι το βάρος σας;

A4. Παρακαλούμε να σημειώσετε αν το βάρος σας τα 3 τελευταία χρόνια είναι:

- Σταθερό
 Αυξήθηκε *Πόσο;*
 Μειώθηκε *Πόσο;*

Ενότητα B

B1. Έχετε προσβληθεί ή υποφέρατε ποτέ από ασθένεια:

A. Της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος;
 Ναι Όχι

B. Του αναπνευστικού συστήματος ή των πνευμόνων;
 Ναι Όχι

Γ. Του πεπτικού συστήματος;
 Ναι Όχι

Δ. Των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως ή των γεννητικών οργάνων;
 Ναι Όχι

Ε. Του νευρικού συστήματος, των ματιών, των αυτιών;
 Ναι Όχι

ΣΤ. Του σκελετού, των συνδέσμων ή των μυών;
 Ναι Όχι

Z. Των αδένων ή του αίματος;
 Ναι Όχι

H. Του δέρματος;
 Ναι Όχι

B2. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρατε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο;

Ναι Όχι

B3. Κάνατε μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή κάποιες άλλες εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια;

Ναι Όχι

B4. Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία;

Ναι Όχι

B5. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα;

Ναι Όχι

B6. Σας έχει συμβεί κάποιο ατύχημα τα τελευταία 3 χρόνια;

Ναι Όχι

B7. Έχετε υποβληθεί σε ιατρική εξέταση τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι Όχι

B8. Είστε σε καλή κατάσταση υγείας;

Ναι Όχι

Παρακαλούμε να εξηγήσετε με λεπτομέρειες εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε κάποια από τις ερωτήσεις B1 έως B7 καθώς επίσης εάν έχετε απαντήσει ΟΧΙ στην B8.

Παρακαλούμε να γράψετε το όνομα και τη διεύθυνση του ιατρού σας και το όνομα του νοσοκομείου όπου νοσηλευτήκατε τα τελευταία 5 χρόνια.

Ενότητα Γ

Γ1. Έχετε λάβει ποτέ από οποιαδήποτε ασφαλιστικό φορέα οποιοδήποτε ποσό για μόνιμη ανικανότητα συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας;

Ναι Όχι

Γ2. Είσαστε ήδη ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο στην GENERALI HELLAS A.A.E.;

Ναι Όχι

Γ3. Είσαστε ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο σε άλλη ασφαλιστική εταιρία;

Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ αναφέρατε όνομα εταιρείας.

Δηλώσεις Ασφαλισμένου - Ενημέρωση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων



Δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις, πληροφορίες και απαντήσεις μου που περιέχονται στο παρόν ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ που έχω υπογράψει και με αφορούν ή αφορούν το ανήλικο εξαρτώμενο μέλος μου, είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς παραλείψεις και χωρίς μεταβολή από τη ημέρα υποβολής του στη Generali Hellas A.A.E. και δέχομαι να αποτελέσουν τη βάση για την συμμετοχή μου ή τη συμμετοχή του ανήλικου εξαρτώμενου μέλους μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο, καθώς και για την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης.

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι ψευδής δήλωσή μου, αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών που είναι ουσιώδη για την σύναψη αυτής της ασφάλισης και ειδικότερα για την κατάσταση της υγείας μου ή της υγείας του ανήλικου εξαρτώμενου μέλους μου και της σωματικής μου ακεραιότητας ή της σωματικής ακεραιότητας του ανήλικου εξαρτώμενου μέλους μου, αποτελούν ουσιώδη λόγο ακύρωσης της ασφάλισης. Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν και για κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μου, το περιεχόμενο του οποίου θα γίνει αποδεκτό από την Generali Hellas A.A.E.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Generali Hellas A.A.E. που μου παραδόθηκε κατά την αίτηση συμμετοχής μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο και ότι έχω δώσει τη συναίνεσή μου για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας που με αφορούν ή αφορούν το ανήλικο εξαρτώμενο μέλος μου, για τους σκοπούς της ένταξής μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν εξ αυτού.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου: _____