



ΑΡΙΘΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ – ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒ. : .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝ. ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ : ..... ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝ. ΠΡΟΣΤ/ΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ : ..... ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

- A1. Καπνίζετε ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Εάν ΝΑΙ αναφέρατε αριθμό τσιγάρων την ημέρα .....
- A2. Πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλ ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  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 :

ΣΤΑΘΕΡΟ..... ..	ΑΥΞΗΘΗΚΕ (Πόσο ;.....)	ΜΕΙΩΘΗΚΕ (Πόσο;.....)
--------------------	---------------------------	--------------------------

- A5. Παρακαλούμε να σημειώσετε την αρτηριακή σας πίεση : .....

- B1. Έχετε προσβληθεί ή υποφέρατε ποτέ από ασθένεια :

A. Της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B. Του αναπνευστικού συστήματος ή των πνευμόνων ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Γ. Του πεπτικού συστήματος ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Δ. Των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως ή των γεννητικών οργάνων ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Ε. Του νευρικού συστήματος, των ματιών, των αυτιών ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. Του σκελετού, των συνδέσμων ή των μυών ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Z. Των αδένων ή του αίματος ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Η. Του δέρματος ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B2. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρατε από χρόνια πνευμονοπάθεια, διαβήτη ή βρίσκεστε σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B3. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρατε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B4. Κάνατε μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή κάποιες άλλες εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B5. Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B6. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B7. Σας έχει συμβεί κάποιο ατύχημα τα τελευταία 3 χρόνια ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B8. Έχετε προσβληθεί από κορωναίο ή είστε σε περιορισμό λόγω πιθανής μόλυνσης από τον κορωναίο τις τελευταίες 14 ημέρες ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B9. Έχετε υποβληθεί σε ιατρική εξέταση τους τελευταίους 12 μήνες ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
B10. Είστε σε καλή κατάσταση υγείας ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>



Παρακαλούμε να εξηγήσετε με λεπτομέρειες εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε κάποια από τις ερωτήσεις Β1 έως Β9 καθώς επίσης εάν έχετε απαντήσει ΟΧΙ στην Β10

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

- |     |  |     |                          |     |                          |
|-----|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Γ1. | Έχετε λάβει ποτέ από οποιαδήποτε ασφαλιστικό φορέα οποιοδήποτε ποσό για μόνιμη ανικανότητα συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας ; | ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ | <input type="checkbox"/> |
| Γ2. | Είσαστε ήδη ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο στην GENERALI HELLAS A.A.E.;                                    | ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ | <input type="checkbox"/> |
| Γ3. | Είσαστε ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; Εάν ΝΑΙ αναφέρατε όνομα εταιρείας      | ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ | <input type="checkbox"/> |

#### 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 προστατευόμενο 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 προστατευόμενου 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 προστατευόμενου μέλους μου και της σωματικής μου ακεραιότητας ή της σωματικής ακεραιότητας του ανήλικου προστατευόμενου 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 προστατευόμενο μέλος μου, για τους σκοπούς της ένταξής μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν εξ αυτού.

Ημερομηνία :

.....

Υπογραφή ασφαλισμένου

.....