

ALICO AIG Life
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - G42

ΜΕΡΟΣ Α – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΘΕΙ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

2. Αρ. Ταυτότητας

3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

4. ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

5. Ημερομηνία Γεννήσεως

6. Τόπος Γεννήσεως

7. Ύψος

8. Βάρος

9. Επάγγελμα

10. Πάσχετε από οποιαδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις ή κάνατε ποτέ θεραπεία για οποιαδήποτε από αυτές;
(Απαντήστε κάτω από τις στήλες ΝΑΙ ή ΟΧΙ με το σύμβολο (✓))

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καρδία			Πνεύμονες			Ουρογεννητικό Σύστημα		
Όγκοι			Διαβήτης			Νευρικές Διαταραχές		
Υψηλή πίεση			Νεφρά			Στομάχι ή έντερα		
Καρκίνος			Πλάτη ή Αρθρώσεις			Κήλη		

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις 11 – 19 "Ναι ή Όχι" με το σύμβολο (✓)

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Παραμείνατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα τελευταία τρία χρόνια;

12. Εξετάσθηκε από Ιατρό ή τον συμβουλευτήκατε ποτέ κατά τα τελευταία τρία χρόνια;

13. Έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε Ιατρό ή να υποβληθείτε σε Ιατρικές εξετάσεις;

14. Σας πρότειναν να μπειτε σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις, θεραπεία, ανάπαυση και δεν το κάνατε;

15. Μήπως σας πρότειναν να κάνετε εγχείρηση και δεν την κάνατε;

16. Μήπως έχετε κάποια σωματική βλάβη ή απέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 10-15;

17. Μήπως είστε έγκυος; (Για γυναίκες υπαλλήλους)

18. Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος, Ιατρικής περιθάλψεως ή για να την επαναφέρετε σε ισχύ που να απορρίφθηκε, μειώθηκε ή τροποποιήθηκε;

19. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS):

α. Έχετε συμβουλευθεί Ιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή;

Σας έχουν πει ότι είσθε φορέας του AIDS;

β. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί;

Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σωματική απώλεια βάρους;

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 10-19 ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΕ:

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία τηρεί και επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, ευαίσθητα ή μη, που αφορούν εμένα ή και τα καλυπτόμενα μέλη, τα οποία εγώ γνωστοποίησα σ' αυτή ή τα έλαβε ή θα τα λάβει με άλλο νόμιμο τρόπο από τρίτα πρόσωπα και δηλώνω ότι έλαβα πλήρη γνώση των όσων αναφέρονται στο σχετικό όρο περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα νόμο 138(1)2001.

Επίσης εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε Ιατρό ή νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, ασφαλιστική Εταιρεία ή άλλο οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για την υγεία μου, που να επηρεάζει την Ασφαλισιμότητα μου, να δώσει στην AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY ή στον ασφαλιστικό μου σύμβουλο όλες τις πληροφορίες σε σχέση με μένα συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών για την υγεία και το Ιατρικό ιστορικό, νοσηλεία σε νοσοκομεία, Ιατρική συμβουλή, διάγνωση, θεραπεία, πάθηση ή ενόχληση.

Δέχομαι την ευθύνη για τις απαντήσεις και δηλώσεις που περιλαμβάνονται σε αυτή αίτηση. Αναγνωρίζω επίσης ότι οποιαδήποτε προπράχουσα πάθηση δεν έχει δηλωθεί από εμένα και εγκριθεί από την Alico AIG Life δεν θα είναι καλυπτόμενη.

Ημερομηνία

Μάρτυρας

Υπογραφή υπαλλήλου

ΜΕΡΟΣ Β – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Εξηγήστε

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν Ναι

Γνωρίζετε κάτι που αφορά την υγεία του υπαλλήλου σας που να μην του επιτρέπεται να καλυφθεί από το Ομαδικό σας Ασφαλιστήριο;

Κατά τους τελευταίους 6 μήνες απουσίασε ο υπάλληλος από τη δουλειά του λόγω αρρώστιας ή τραυματισμού του;

ALICO AIG Life
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - G42

ΜΕΡΟΣ Α – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΘΕΙ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

2. Αρ. Ταυτότητας

3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

4. ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

5. Ημερομηνία Γεννήσεως

6. Τόπος Γεννήσεως

7. Ύψος

8. Βάρος

9. Επάγγελμα

10. Πάσχετε από οποιαδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις ή κάνατε ποτέ θεραπεία για οποιαδήποτε από αυτές; (Απαντήστε κάτω από τις στήλες ΝΑΙ ή ΟΧΙ με το σύμβολο (√))

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καρδία			Πνεύμονες			Ουρογεννητικό Σύστημα	
Όγκοι			Διαβήτης			Νευρικές Διαταραχές	
Υψηλή πίεση			Νεφρά			Στομάχι ή έντερα	
Καρκίνος			Πλάτη ή Αρθρώσεις			Κήλη	

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις 11 – 19 "Ναι ή Όχι" με το σύμβολο (√)

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Παραμείνατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα τελευταία τρία χρόνια;

12. Εξετάσθηκε από Ιατρό ή τον συμβουλευτήκατε ποτέ κατά τα τελευταία τρία χρόνια;

13. Έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε Ιατρό ή να υποβληθείτε σε Ιατρικές εξετάσεις;

14. Σας πρότειναν να μπειτε σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις, θεραπεία, ανάπαυση και δεν το κάνατε;

15. Μήπως σας πρότειναν να κάνετε εγχείρηση και δεν την κάνατε;

16. Μήπως έχετε κάποια σωματική βλάβη ή ατέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 10-15;

17. Μήπως είστε έγκυος; (Για γυναίκες υπαλλήλους)

18. Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος, Ιατρικής περιθάλψεως ή για να την επαναφέρετε σε ισχύ που να απορρίφθηκε, μειώθηκε ή τροποποιήθηκε;

19. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επικτητής Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS):

α. Έχετε συμβουλευθεί Ιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή;

Σας έχουν πει ότι είσθε φορέας του AIDS;

β. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί;

Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σωματική απώλεια βάρους;

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 10-19 ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΕ:

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία τηρεί και επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, ευαίσθητα ή μη, που αφορούν εμένα ή και τα καλυπτόμενα μέλη, τα οποία εγώ γνωστοποίησα σ' αυτή ή τα έλαβε ή θα τα λάβει με άλλο νόμιμο τρόπο από τρίτα πρόσωπα και δηλώνω ότι έλαβα πλήρη γνώση των όσων αναφέρονται στο σχετικό όρο περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα νόμο 138(1)2001.

Επίσης εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό ή νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, ασφαλιστική Εταιρεία ή άλλο οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για την υγεία μου, που να επηρεάζει την Ασφαλισιμότητα μου, να δώσει στην AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY ή στον ασφαλιστικό μου σύμβουλο όλες τις πληροφορίες σε σχέση με μένα συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών για την υγεία και το Ιατρικό ιστορικό, νοσηλεία σε νοσοκομεία, Ιατρική συμβουλή, διάγνωση, θεραπεία, πάθηση ή ενόχληση.

Δέχομαι την ευθύνη για τις απαντήσεις και δηλώσεις που περιλαμβάνονται σε αυτή αίτηση. Αναγνωρίζω επίσης ότι οποιαδήποτε προϋπάρχουσα πάθηση δεν έχει δηλωθεί από εμένα και εγκρίθει από την Alico AIG Life δεν θα είναι καλυπτόμενη.

Ημερομηνία

Μάρτυρας

Υπογραφή υπαλλήλου

ΜΕΡΟΣ Β – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Εξηγήστε

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν Ναι

Γνωρίζετε κάτι που αφορά την υγεία του υπαλλήλου σας που να μην του επιτρέπεται να καλυφθεί από το Ομαδικό σας Ασφαλιστήριο;

Κατά τους τελευταίους 6 μήνες απουσίασε ο υπάλληλος από τη δουλειά του λόγω αρρώστιας ή τραυματισμού του;