

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΡΟΣ Α' - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΘΕΙ

| | | | | | | | | |
|--|-----|----------|-------------------|--------------------|-----|-----------------------|-----|-----|
| 1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | | | | 2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | | | | |
| 3. Ημερομηνία Γεννήσεως | | | | 4. Τόπος Γεννήσεως | | | | |
| 5. Ύψος | | 6. Βάρος | | 7. Επάγγελμα | | | | |
| 8. Πάσχετε από οποιαδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις ή κάνατε ποτε θεραπεία για οποιαδήποτε από αυτές: (Απαντήστε κάτω από τις στήλες ΝΑΙ ή ΟΧΙ με το σημείο (V)) | | | | | | | | |
| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Καρδιά | | | Πνεύμονες | | | Ουρογεννητικό Σύστημα | | |
| Ογκοί | | | Διαβήτης | | | Νευρικές Διαταραχές | | |
| Υψηλή πίεση | | | Νεφρά | | | Στομάχι ή έντερα | | |
| Καρκίνος | | | Πλάτη ή Αρθρώσεις | | | Κήλη | | |
| Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις 9 - 17 "Ναι ή Όχι" με το σημείο (V) | | | | | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 9. Παραμένετε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα τελευταία τρία χρόνια; | | | | | | | | |
| 10. Εξετάσθηκατε από Ιατρό ή τον συμβουλευτήκατε ποτε κατά τα τελευταία τρία χρόνια; | | | | | | | | |
| 11. Έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε ιατρό ή να υποβληθείτε σε ιατρικές εξετάσεις; | | | | | | | | |
| 12. Σας πρότειναν να μπητε σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις, θεραπεία, ανάπαυση και δεν το κάνατε; | | | | | | | | |
| 13. Μήπως σας πρότειναν να κάνετε εγχείρηση και δεν την κάνατε; | | | | | | | | |
| 14. Μήπως έχετε κάποια σωματική βλάβη ή ατέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 8 - 12; | | | | | | | | |
| 15. Μήπως είστε έγκυος; (Για γυναίκες υπαλλήλους) | | | | | | | | |
| 16. Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος, ιατρικής περιθάλψεως ή για να την επαναφέρετε σε ισχύ που να απορρίφθηκε, μειώθηκε ή τροποποιήθηκε; | | | | | | | | |
| 17. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσιολογικής Ανεπάρκειας (AIDS): | | | | | | | | |
| α. Έχετε συμβουλευθεί ιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή με κάποια κατάσταση της υγείας σας πιθανώς σχετιζόμενη με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή; Σας έχουν πει ότι είστε φορέας του AIDS; | | | | | | | | |
| β. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιας, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σωματική απώλεια βάρους; | | | | | | | | |

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΜΕ ΝΑΙ ΣΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 8 - 17 ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ.

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ ΠΟΥ ΕΞΗΓΕΙΤΕ:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι παραπάνω δηλώσεις και απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθινές και ότι δέχομαι ν' αποτελέσουν την βάση για την συμμετοχή μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο.
Εξουσιοδοτώ επίσης, κάθε Ιατρό, Νοσοκομείο ή Κλινική να δώσει στην ALICO AIG Life οποιοδήποτε στοιχείο ή πληροφορία που έχει σχέση με νοσηλεία, συμβουλή, εξέταση ή θεραπεία μου.

Ημερομηνία 200... Μάρτυρας Υπογραφή υπαλλήλου

ΜΕΡΟΣ Β' - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Εάν Ναι εξηγήστε |
|--|-----|-----|------------------|
| Γνωρίζετε κάτι που αφορά την υγεία του υπαλλήλου σας που να μην του επιτρέπει να καλυφθεί από το Ομαδικό σας Ασφαλιστήριο; | | | |
| Κατά τους τελευταίους 6 μήνες απουσίασε ο υπάλληλος από τη δουλειά του λόγω αρρώστιας ή τραυματισμού του; | | | |