

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΠΡΟΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Α.Δ.Τ. ή ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

Παρακαλούμε να κάνετε τις παρακάτω εξετάσεις:

- ☐ **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α** Παθολογική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα
- ☐ **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β (Γυναίκες)** Παθολογική εξέταση*, Ηλεκτροκαρδιογράφημα*, Υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας**, σάκχαρο αίματος**, SGOT**, SGPT**, ΤΚΕ**, γενική αίματος**, χοληστερίνη**, τριγλυκερίδια**, κρεατινίνη**, μαστογραφία**.
- ☐ **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β (Ανδρες)** Παθολογική εξέταση*, Ηλεκτροκαρδιογράφημα*, Υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας**, σάκχαρο αίματος**, SGOT**, SGPT**, ΤΚΕ**, γενική αίματος**, χοληστερίνη**, τριγλυκερίδια**, κρεατινίνη**, PSA**

* χρέωση ΙΑΝ

** χρέωση ασφαλισμένου, ωστόσο σε περίπτωση που η αίτηση ασφάλισης γίνει δεκτή από την εταιρία, εκδοθεί ασφαλιστήριο, πληρωθεί το ασφάλιστρο (ετήσιο ή δόση) και υποβληθεί το σχετικό τιμολόγιο, τότε η εταιρία θα καλύψει το κόστος των αντίστοιχων εξετάσεων με έκδοση επιταγής στο όνομα του ασφαλιζόμενου.

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΕΡΟΣ II - Δήλωση κατάστασης υγείας

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

Ιατρικό ιστορικό του ασφαλιζόμενου του

Ύψοςεκ. ΒάροςKg.

Μειώθηκε το βάρος σας τον τελευταίο χρόνο;

 Εάν ΝΑΙ, πόσα κιλά ☐ Αιτία (π.χ διαίτα, ανορεξία, άγνωστο κ.λπ)

 Είστε καπνιστής; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Πίνετε αλκοολούχα ποτά; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

 Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ναι, διευκρινίστε μας τι ποσότητα / ημέρα και επί πόσο χρονικό διάστημα;

Έχετε σήμερα ή κατά το παρελθόν, συνεπεία ατυχήματος ή πάθησης, επισκεφθεί γιατρό ή νοσηλευτεί και ως αποτέλεσμα είτε σας χορηγήθηκαν ιατρικές θεραπευτικές οδηγίες ή φαρμακευτική αγωγή, είτε χειρουργηθήκατε, είτε σας χορηγήθηκε άδεια ανικανότητας σχετικά με:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	καρδιά, υπέρταση, αρτηρίες, φλέβες		
2	πνεύμονες		
3	στομάχι, έντερα, χολή, ήπαρ, πάγκρεας		
4	νεφρά, ουροδόχο κύστη, προστάτη		
5	εγκέφαλο ή άλλες παθήσεις του νευρικού συστήματος, ψυχιατρικές παθήσεις		
6	σπονδυλική στήλη, μύες, οστά, αρθρώσεις, ρευματικές παθήσεις		
7	δερματολογικές, χοληστερίνη ή τριγλυκερίδια, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδή		
8	μάτια, αυτιά		
9	παθήσεις αίματος, σπλήνα, λεμφαδένες		
10	καρκίνο ή νεοπλασμάτα οποιασδήποτε μορφής		
11	οποιαδήποτε πάθηση μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση (συμπεριλαμβανομένων τοκετών ή τρέχουσας εγκυμοσύνης)		
12	έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;		

Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό

Στην οικογένειά σας (πατέρας-μητέρα-αδέρφια) είχατε περιπτώσεις διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, πολυκυστικών νεφρών, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών ή άλλων κληρονομικών παθήσεων; Αν ναι, παρακαλούμε να σημειώσετε τη μορφή συγγένειας και αν γνωρίζετε σε ποια ηλικία διαγνώστηκε η πάθηση.

Αναλύστε με λεπτομέρειες τις καταφατικές απαντήσεις του ιατρικού ερωτηματολογίου

Αρ. Πάθησης

Με το παρόν συναινών να διαβιβαστούν στην Εταιρία τα δεδομένα της υγείας μου που θα της γνωστοποιήσω καθώς και τα σχετικά στοιχεία που θα προκύψουν από την ιατρική εξέτασή μου στα πλαίσια του προσασφαλιστικού ελέγχου, προκειμένου η Εταιρία να εκτιμήσει την ασφαλισιμότητά μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

Παρακαλούμε συμπληρώστε με ευκρίνεια τα ζητούμενα στοιχεία και αποστείλετε εντός 24 ωρών στο Fax: 210 9461047

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ύψος _____ εκ. Βάρος _____ Kg. Διαστάσεις περιφέρειας κοιλιάς _____ cm

Ακρόαση καρδιάς:

Καρδιακοί τόνοι: Φυσιολογικοί ☐ Παθολογικοί ☐
Αρρυθμίες: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Καρδιακά φυσήματα: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΝΑΙ, περιγραφή ευρήματος:.....

Σε περίπτωση ασφαλιζόμενων με ηλικία > 55 ετώνΑκρόαση καρωτίδων: Φυσιολογική ☐ Παθολογική ☐Ακρόαση μηριαίων αρτηριών: Φυσιολογική ☐ Παθολογική ☐**Εκτίμηση ΗΚΓ:**Καρδιακή συχνότητα: Διάγνωση: Φυσιολογικό ☐ Παθολογικό ☐

Αν παθολογικό, ποια είναι η διάγνωση;

Αρτηριακή πίεση

Σε περίπτωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης ή σε ιστορικό υπέρτασης να γίνουν 2 επιπλέον μετρήσεις.

Συστολική: Διαστολική: **Η εξέταση αποκαλύπτει κάποια παθολογία από:****ΝΑΙ ΟΧΙ**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Γενική εμφάνιση; | ☐ | ☐ |
| 2. Μάτια, αυτιά (εξόφθαλμος, στραβισμός, βαρηκοΐα κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 3. Δέρμα (θηλώματα, σπίλοι, αιμαγγειώματα, ουλές κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 4. Τραχηλική χώρα (έλεγχος θυρεοειδούς, λεμφαδένες, φυσήματα κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 5. Αναπνευστικό σύστημα (θωρακικό τοίχωμα, πνεύμονες κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 6. Πεπτικό σύστημα (κήλες, διόγκωση εσωτερικών οργάνων, ουλές κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 7. Νευρικό σύστημα; | ☐ | ☐ |
| 8. Μυοσκελετικό σύστημα (βάδισμα, κινητικότητα αρθρώσεων, μυϊκή ισχύς κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 9. Άκρα (περιφερικές αρτηρίες, οιδήματα, κίρσοι κ.λπ); | ☐ | ☐ |
| 10. Ψηλάφηση μαστών; (αν πρόκειται για γυναίκα) | ☐ | ☐ |

Σημείωση: Σε περίπτωση ευρημάτων παρακαλούμε να τα περιγράψετε λεπτομερώς καθώς και να διατυπώσετε την προσωπική σας άποψη**Αρ. Ερώτησης**

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

- Αν κρίνετε κάτι ως ιατρικά σημαντικό, μπορείτε να ενημερώσετε τον ασφαλιζόμενο.
- Σε καμία περίπτωση δεν αναφέρετε στον ασφαλιζόμενο την εκτίμησή σας για την έγκριση ή μη, της αίτησης ασφάλισης.
- Το παρόν έντυπο είναι εμπιστευτικό και αποστέλλεται ή παραδίδεται μόνο στα κεντρικά γραφεία της εταιρίας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ_____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Παρακαλούμε συμπληρώστε με ευκρίνεια τα ζητούμενα στοιχεία και αποστείλετε εντός 24 ωρών στο Fax: 210 9461047