

ΜΕΡΟΣ Α – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : 2. Αρ. Ταυτότητας :
 3. ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ : 4. Αρ. Λογαριασμού :
 5α. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : 5β. E-mail:

5γ. ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ **ΕΝΕΡΓΟΣ** ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

5δ. Περιοχή/Χώρα Εργασίας:

6. ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ 7. Ημερομηνία Γεννήσεως: 8. Τόπος Γεννήσεως:

9. Ύψος 10. Βάρος 11.Επάγγελμα

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

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

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις 13 – 21 "**Ναι ή Όχι**" με το σύμβολο (✓)

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---|-----|-----|
| 13. Παραμένετε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα τελευταία τρία χρόνια; | | |
| 14. Έχετε εξεταστεί από Ιατρό ή τον συμβουλευτήκατε ποτέ κατά τα τελευταία τρία χρόνια; | | |
| 15. Έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε ιατρό ή να υποβληθείτε σε ιατρικές εξετάσεις; | | |
| 16. Σας πρότειναν να μπειτε σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις, θεραπεία, ανάπαυση και δεν το κάνατε; | | |
| 17. Μήπως σας πρότειναν να κάνετε εγχείρηση και δεν την κάνατε; | | |
| 18. Μήπως έχετε κάποια σωματική βλάβη ή ατέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 12-17; | | |
| 19. Μήπως είστε έγκυος; (Για γυναίκες υπαλλήλους) | | |
| 20. Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος, ιατρικής περιθάλψεως ή για να την επαναφέρετε σε ισχύ που να απορρίφθηκε, μειώθηκε ή τροποποιήθηκε; | | |
| 21. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής 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 οποιαδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σημαντική απώλεια βάρους; | | |

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ **ΝΑΙ** ΣΕ ΜΙΑ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12-21 **ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**
 ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

| Αριθμός Ερωτήσεως | Λεπτομερής περιγραφή ασθένειας ή ατυχήματος. Πότε συνέβηκε; Να δηλωθεί αν έγινε εγχείρηση . Να σταλεί η Βιοψία, ή το report της εγχείρησης ή άλλων διαγνωστικών εξετάσεων ή αναλύσεων που έχουν γίνει. Να δηλωθεί από τον Προτεινόμενο για ασφάλιση η σημερινή του κατάσταση ή να σταλεί ιατρική Έκθεση με αποτελέσματα εξετάσεων/αναλύσεων εάν πρόκειται για σοβαρές περιπτώσεις. Για εξετάσεις ρουτίνας να αναφέρετε τα αποτελέσματα. | ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ |
|-------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

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 γιατρό η 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 METLIFE ALICO 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 την αίτηση (Ερωτηματολόγιο Υγείας G42). Αναγνωρίζω επίσης ότι οποιαδήποτε προϋπάρχουσα πάθηση δεν έχει δηλωθεί από εμένα και εγκριθεί από την METLIFE ALICO 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 την εργασία του λόγω ασθένειας ή τραυματισμού του; | | | |
| ΣΧΟΛΙΑ: | ΑΠΟΦΑΣΗ UNDERWRITER: | | |

ΜΕΡΟΣ Γ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ

1. Ποια είναι τα προστατευόμενα μέλη σας; (Εάν χρειάζεται περισσότερος χώρος συμπληρώστε και άλλο έντυπο)

| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ | ΥΨΟΣ | ΒΑΡΟΣ | ΆΛΛΑ ΣΧΟΛΙΑ |
|---------------|-----------|----------------------|------|-------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. Μήπως κάποιος από τα παραπάνω άτομα:

A. Έπασχε ή θεραπεύθηκε από οποιαδήποτε από τις παρακάτω αρρώστιες (συμπληρώστε με **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ** σε κάθε αρρώστια)

| Καρδιά | Πνεύμονες | Ουροποιογεννητικό σύστημα | Όγκοι | Διαβήτης | Νευρικές Διαταραχές |
|-------------|-----------|---------------------------|----------|-------------------|---------------------|
| | | | | | |
| Υψηλή Πίεση | Νεφρά | Στομάχι ή έντερα | Καρκίνος | Πλάτη ή Αρθρώσεις | Κήλη |
| | | | | | |

| Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις “Ναι ή Όχι “ με το σύμβολο (✓) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---|-----|-----|
| B. Παρέμεινε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα 3 τελευταία χρόνια; | | |
| Γ. Εξετάστηκε ή συμβουλευτήκε Ιατρό κατά τα τελευταία 3 χρόνια; | | |
| Δ. Μήπως του πρότειναν να μπει σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις και δεν το έκανε; | | |
| Ε. Μήπως του πρότειναν να κάνει εγχείρηση και δεν την έκανε; | | |
| Ζ. Μήπως έχει καμία σωματική βλάβη, ατέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 2α-2γ; | | |
| Η. Προκειμένου για γυναίκα, μήπως είναι έγκυος | | |
| 3. Μήπως κάποιος από τα παραπάνω άτομα έχει πρόθεση να συμβουλευθεί ιατρό ή να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις; | | |
| 4. Μήπως κάποιος από τα παραπάνω άτομα έχει κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος, ιατρικής περιθάλψεως ή για να την επαναφέρει σε ισχύ που να απορρίφθηκε, μειώθηκε ή τροποποιήθηκε; | | |
| Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS): | | |
| 5α. Έχει 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; Του έχουν πει ότι είναι φορέας του AIDS; | | |
| 5β. Έχει οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σημαντική απώλεια βάρους; | | |

Αν απαντήσατε με **ΝΑΙ** για οποιοδήποτε προστατευόμενο άτομο σε μία ή περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις δώστε περισσότερες πληροφορίες παρακάτω.

| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ | Λεπτομερής περιγραφή ασθένειας ή ατυχήματος. Πότε συνέβηκε; Να δηλωθεί αν έγινε εγχείρηση. Να σταλεί η Βιοψία, ή το report της εγχείρησης ή άλλων διαγνωστικών εξετάσεων ή αναλύσεων που έχουν γίνει. Να δηλωθεί από τον Προτεινόμενο για ασφάλιση η σημερινή του κατάσταση ή να σταλεί Ιατρική Έκθεση με αποτελέσματα εξετάσεων/αναλύσεων εάν πρόκειται για σοβαρές περιπτώσεις. Για εξετάσεις ρουτίνας να αναφέρετε τα αποτελέσματα. | ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ |
|----------------------|-------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 η 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 METLIFE ALICO 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 εγκριθεί από την METLIFE ALICO δεν θα είναι καλυπτόμενη.

Ημερομηνία : Μάρτυρας : Υπογραφή Υπαλλήλου :

| | |
|---------|----------------------|
| ΣΧΟΛΙΑ: | ΑΠΟΦΑΣΗ UNDERWRITER: |
|---------|----------------------|

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ !