



# Ερωτηματολόγιο Υγείας Υποψήφιου Ασφαλισμένου



## Στοιχεία Προσφοράς



Αριθμός Ασφαλιστηρίου/ Προσφοράς:

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου:

Το Ερωτηματολόγιο Υγείας αφορά στον:  Συμβαλλόμενο  
 Κυρίως Ασφαλισμένο  
 Προστατευόμενο Μέλος

## Στοιχεία Υποψηφίου



Όνοματεπώνυμο:  Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:  Επάγγελμα:

## Ιατρικό Ιστορικό



**1. Ποιο είναι το ύψος σας σε εκατοστά;**

**2. Ποιο είναι το βάρος σας σε κιλά;**

Το βάρος σας έχει μεταβληθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε (5) ετών;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, για ποιο λόγο;

Ποιο ήταν το προηγούμενο βάρος σας σε κιλά;

Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία ή σε χειρουργική επέμβαση λόγω παχυσαρκίας;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, πότε;  Ποια είναι η σημερινή κατάσταση;

**3. Αντιμετωπίσατε ποτέ προβλήματα με την αρτηριακή σας πίεση;**  Ναι  Όχι

- Συστολική πίεση (μεγάλη) σε mmHg:
- Διαστολική πίεση (μικρή) σε mmHg:
- Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και εάν ναι ποια;   Ναι  Όχι
- Έχετε νοσηλευτεί λόγω προβλημάτων αρτηριακής πίεσης;  Ναι  Όχι

**4. Το επίπεδο χοληστερίνης σας είναι (mg/dl):**

- Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και αν ναι ποια;   Ναι  Όχι

**5. Έχετε υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις στο πλαίσιο ετήσιου ελέγχου υγείας (check - up) τα τελευταία πέντε (5) χρόνια;**  Ναι  Όχι

**Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει και πότε;** (Παρακαλούμε αναφέρετε ονομαστικά τις εξετάσεις)

6. Έχετε υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις λόγω συμπτωμάτων ή σε εξειδικευμένες ιατρικές εξετάσεις (όπως - ενδεικτικά - γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, μαγνητική/ αξονική τομογραφία, υπερηχογράφημα/ triplex, ανοσολογικός έλεγχος);  Ναι  Όχι

Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει και πότε; (Παρακαλούμε αναφέρετε ονομαστικά τις εξετάσεις)

7. Έχετε υποβληθεί ποτέ σε κάποια χειρουργική επέμβαση ή νοσηλεία;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

- Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
- Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
- Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
- Έχετε αναρρώσει;  Ναι  Όχι  
Πότε;

8. Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

9. Έχετε έλλειψη του ενζύμου G6PD; (αφορά σε κληρονομική γενετική διαταραχή και η μέτρησή του συνήθως γίνεται κατά τη βρεφική ηλικία)  Ναι  Όχι

10. Είστε αριστερόχειρας;  Ναι  Όχι

11. Αντιμετωπίζετε ή αντιμετώπισατε στο παρελθόν κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα;

- Στα μάτια ή στην όραση, όπως - ενδεικτικά - μυωπία, στραβισμό, καταρράκτη, γλαύκωμα, αποκόλληση υαλοειδούς/ αμφιβληστροειδούς, κερατώκωνο ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

- Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
- Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
- Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
- Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι

- Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;

- Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι πότε;

- Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, αναφέρετε:

- Φοράτε γυαλιά οράσεως ή φακούς επαφής;  Ναι  Όχι
- Πόσους βαθμούς;

- Στα αυτιά, στη μύτη ή στο λαιμό όπως - ενδεικτικά - ωτίτιδα, ιγμορίτιδα, αδενοειδείς εκβλαστήσεις, αμυγδαλές, σκολίωση ρινικού διαφράγματος, διάτρηση τυμπανικού υμένα, εμβοές, απώλεια ακοής, ρινικούς πολύποδες ή πολύποδες φωνητικών χορδών, ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

- Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
- Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
- Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
- Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι

- Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές; \_\_\_\_\_
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι τότε; \_\_\_\_\_
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε: \_\_\_\_\_
- **Στο δέρμα**, όπως - ενδεικτικά - δερματίτιδα, ψωρίαση, σπίλους ή άλλα μορφώματα δέρματος, ουλές, αιμαγγειώματα ή άλλο;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:
- Αναφέρετε την Πάθηση; \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Διάγνωσης; \_\_\_\_\_
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει; \_\_\_\_\_
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια; \_\_\_\_\_
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι  
\_\_\_\_\_
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές; \_\_\_\_\_
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι τότε; \_\_\_\_\_
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε: \_\_\_\_\_
- **Στο αναπνευστικό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - αλλεργίες, άσθμα, βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άπνοια ύπνου, πνευμοθώρακας, πλευρίτιδα, ή άλλο;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:
- Αναφέρετε την Πάθηση; \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Διάγνωσης; \_\_\_\_\_
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει; \_\_\_\_\_
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια; \_\_\_\_\_
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι  
\_\_\_\_\_
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές; \_\_\_\_\_
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι τότε; \_\_\_\_\_
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε: \_\_\_\_\_
- **Στο γαστρεντερικό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, διαφραγματοκήλη, οισοφάγος Barrett, έλκος στομάχου/ δωδεκαδακτύλου, πολύποδες στομάχου/ εντέρου/ χοληδόχου κύστης, φλεγμονώδης νόσος εντέρου, εκκολπωματώση, αιμορροϊδοπάθεια, ραγάδες δακτυλίου/ πρωκτού, κύστη κόκκυγος, περιεδρικά συρίγγια, ηπατίτιδες, μορφώματα ήπατος, κίρρωση ήπατος, παγκρεατίτιδα, χολολιθίαση, γαστρορραγία/ εντερορραγία/ λιπώδη διήθηση, κήλες, όπως βουβωνοκήλη, μηροκήλη, κοιλιοκήλη, ομφαλοκήλη, ή άλλο;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:
- Αναφέρετε την Πάθηση; \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Διάγνωσης; \_\_\_\_\_
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει; \_\_\_\_\_
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια; \_\_\_\_\_
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι  
\_\_\_\_\_
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές; \_\_\_\_\_
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι τότε; \_\_\_\_\_
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε: \_\_\_\_\_

- **Στο καρδιαγγειακό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - έμφραγμα, στεφανιαία νόσος, πνευμονική εμβολή, στένωση/ ανεπάρκεια βαλβίδων, μυοκαρδιοπάθεια, περικαρδίτιδα, ανοιχτό ωοειδές τρήμα, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, κολπική μαρμαρυγή, παθήσεις αορτής, ανευρύσματα, αγγειακές δυσπλασίες, αθηρωμάτωση αγγείων, κίρσοι, φλεβίτιδα, στένωση στένωση καρωτίδων ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση;
  - Ημερομηνία Διάγνωσης;
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι
  - 
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι τότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Στο μυοσκελετικό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κάταγμα, διάστρεμμα, αυχενικό σύνδρομο, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κήλες δίσκων σπονδυλικής στήλης, ρήξη - κάκωση μηνίσκων/ χιαστών/ συνδέσμων, οστεοαρθρίτιδα, μυασθένεια, θλάσεις μυών, μυοπάθειες ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση;
  - Ημερομηνία Διάγνωσης;
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι
  - 
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι τότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Στο ουροποιογεννητικό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - παθήσεις νεφρών, κύστες νεφρών, νεφρολιθίαση, πυελονεφρίτιδα, ουρολοίμωξη, στένωση ουρητήρα, παλινδρόμηση ούρων, αιματοουρία, νεφρική ανεπάρκεια ή άλλο;  Ναι  Όχι

  - **Για τις γυναίκες** - ενδεικτικά - διαταραχές εμμήνου ρύσεως, ενδομητρίωση, κύστες ωοθηκών, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ινομύματα ή άλλοι καλοήθεις όγκοι μήτρας, HPV λοιμώξεις, πολύποδες, φλεγμονές σαλπίγγων, ινοαδενώματα, γαλακτόρροια, κύστες μαστών, αποτιτανώσεις ή άλλο;  Ναι  Όχι
  - **Για τους άνδρες** - ενδεικτικά - προστατίτιδα, υπερτροφία προστάτη, επιδιδυμίτιδα, φίμωση, κρυφορχία, υποσπαδία, υδροκήλη, κίρσοκλήλη, ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση;
  - Ημερομηνία Διάγνωσης;
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και τότε;  Ναι  Όχι
  - 
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι τότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:

- **Στο αιμοποιητικό σας σύστημα**, όπως - ενδεικτικά - αναιμία, στίγμα μεσογειακής αναιμίας, θρομβοφιλία, αιμοροφιλία, θρομβοπενία, πορφύρα, διαταραχές λευκών αιμοσφαιρίων, λεμφώματα, λευχαιμίες, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, απλασία ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:
  - Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - 
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος**, όπως - ενδεικτικά - εγκεφαλικό επεισόδιο, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίωμα, επιληψία, πυρετικοί σπασμοί, άνοια, νόσος Parkinson's, σκλήρυνση κατά πλάκας, ημικρανίες, πάρεση προσωπικού νεύρου, νευραλγίες, διπολική συναισθηματική διαταραχή, κατάθλιψη, κρίση πανικού, βουλιμία, ανορεξία ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:
  - Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Διαταραχές του μεταβολισμού σας**, όπως - ενδεικτικά - δυσλιπιδαιμία (δηλαδή αυξημένες τιμές στη χοληστερίνη [ολική], στην LDL και στα τριγλυκερίδια), σακχαρώδη διαβήτη (αυξημένη τιμή σακχάρου αίματος), θυρεοειδή - παραθυρεοειδών, παθήσεις επινεφριδίων, παθήσεις υπόφυσης, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, παχυσαρκία, αυξημένο ουρικό οξύ, έλλειψη βιταμίνης B12, έλλειψη άλλων βιταμινών ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:
  - Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - 
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι
  - Εάν Ναι, αναφέρετε:

- **Νεοπλάσματα**, όπως - ενδεικτικά - θυρεοειδή, πνεύμονα, κεφαλής - τραχήλου, παχέος εντέρου, οισοφάγου, στομάχου, εγκεφάλου, ήπατος, παγκρέατος, γεννητικών οργάνων, νεφρού, δέρματος ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - Έχει πραγματοποιηθεί ιστολογική εξέταση;  Ναι  Όχι  
Πότε;   
Αν ναι, ποια ήταν τα αποτελέσματα;  Αρνητική σε κακοήθεια  Θετική σε κακοήθεια
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Αυτόνοσα νοσήματα**, όπως - ενδεικτικά - ρευματοειδής αρθρίτιδα, ερυθηματώδης λύκος, ψωριασική αρθρίτιδα, σκληρο-δερμία, νόσος Sjogren, δερματομυοσίτιδα, αγγειίτιδα, νόσος Behcet, ρευματική πολυμυαλγία ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε:
  
- **Λοιμώξεις**, όπως - ενδεικτικά - λεμφαδενοπάθειες, ιογενείς ηπατίτιδες, έρπητας, AIDS/ φορέας HIV, φυματίωση, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εχινόκοκκος, μελιταίος πυρετός, σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκκος ή άλλο;  Ναι  Όχι

Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:

  - Αναφέρετε την Πάθηση:   
Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει;
  - Έχετε λάβει ή λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή και ποια;
  - Έχετε νοσηλευτεί ή έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και πότε;  Ναι  Όχι
  - Υπήρξαν ή υπάρχουν επιπλοκές;
  - Έχετε προγραμματισμένο κάποιο χειρουργείο μέσα στους επόμενους μήνες;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι πότε;
  - Είχατε ή έχετε άλλες ενοχλήσεις ή προβλήματα υγείας, τα οποία δεν αναφέρονται στις παραπάνω ενδεικτικές παθήσεις;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, αναφέρετε:

**12. Ερωτήσεις που αφορούν αποκλειστικά σε γυναίκες**

- Έχετε υποβληθεί σε καισαρική τομή;  Ναι  Όχι
- Είστε έγκυος τώρα;  Ναι  Όχι
- Παρουσιάσατε σακχαρώδη διαβήτη κατά την κύηση;  Ναι  Όχι  
Ποια είναι η σημερινή κατάσταση; \_\_\_\_\_
- Έχετε πραγματοποιήσει γυναικολογικό έλεγχο τα τελευταία πέντε (5) χρόνια **και πότε** συγκεκριμένα για:  
 Διακολπικό υπερηχογράφημα  Τεστ Παπανικολάου  
Πότε; \_\_\_\_\_  
Ποια ήταν τα αποτελέσματα; \_\_\_\_\_  
 Υπέρηχο Μαστών  Μαστογραφία  
Πότε; \_\_\_\_\_  
Ποια ήταν τα αποτελέσματα; \_\_\_\_\_

**13. Ερωτήσεις που αφορούν αποκλειστικά σε παιδιά**

- Έχει πραγματοποιηθεί εμβολιασμός σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών;  Ναι  Όχι
- Κατά τη γέννηση του παιδιού, υπήρχε κάποιο πρόβλημα υγείας (ανωμαλία ή δυσμορφία), για το οποίο απαιτήθηκε ή απαιτείται ιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική ή χειρουργική θεραπεία;  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:
  - Αναφέρετε την Πάθηση; \_\_\_\_\_
  - Ημερομηνία Διάγνωσης; \_\_\_\_\_
  - Ποια είναι η σημερινή κατάσταση; \_\_\_\_\_
- **Εμφανίστηκαν ποτέ αναπτυξιακές διαταραχές** (κινητικές, λόγοι, δεξιότητων, συμπεριφοράς);  Ναι  Όχι  
Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής ή ψυχιατρικής φύσης, όπως κατάθλιψη, κρίση πανικού, αγχώδης διαταραχή, διπολική συναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, διατροφική διαταραχή;**  Ναι  Όχι

Αναφέρετε πάθηση, ημερομηνία διάγνωσης, φαρμακευτική αγωγή και επακόλουθα:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. Αντιμετωπίζετε κάποιο κινητικό πρόβλημα ή οποιασδήποτε μορφής αναπηρία;**  Ναι  Όχι

Αναφέρετε πάθηση, ημερομηνία διάγνωσης, φαρμακευτική αγωγή και επακόλουθα:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Γνωρίζετε αν πάσχετε από κάποια πάθηση συγγενούς αιτιολογίας;**  Ναι  Όχι

Αναφέρετε πάθηση, ημερομηνία διάγνωσης, φαρμακευτική αγωγή και επακόλουθα:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Υπάρχει στην οικογένειά σας άτομο (συγγενής 1ου ή 2ου βαθμού) που να έχει διαγνωσθεί σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών με διαβήτη, καρκίνο, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή/ νεφρική νόσο ή γενικότερα νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος;**  Ναι  Όχι

Αναφέρετε πάθηση:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18. Έχετε λάβει επίδομα ανικανότητας για εργασία ή έχετε απουσιάσει από την εργασία ή το σχολείο (εάν αφορά παιδί)**  Ναι  Όχι

- Για ποιο λόγο; \_\_\_\_\_
- Για πόσο διάστημα; \_\_\_\_\_

- 19. Έχετε λάβει, λαμβάνετε ή πρόκειται να λάβετε κάποια σύνταξη ή αποζημίωση για λόγους υγείας ή ατυχήματος;**  Ναι  Όχι
- Για ποιο λόγο;
  - Για πόσο διάστημα;
- 20. Αθλείστε;**  Ναι  Όχι
- Αν Ναι, με τι ασχολείστε και πόσο συχνά;
- 21. Ορίστε το επίπεδο στρες σας:**  Λίγο  Μέτριο  Πολύ
- 22. Πως χαρακτηρίζετε τις διατροφικές σας συνήθειες;**  Κακές  Μέτριες  Καλές
- 23. Καπνίζετε;**  Ναι  Όχι
- Αν Ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;
- 24. Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά;**  Ναι  Όχι
- Πόσο συχνά;
- 25. Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως ενδεικτικά μαριχουάνα, κοκαΐνη, ηρωίνη;**  Ναι  Όχι
- Αναφέρετε το είδος των ναρκωτικών ουσιών:
  - Πότε κάνατε χρήση τελευταία φορά;
- 26. Έχετε ή είχατε νοσήσει στο παρελθόν από Covid- 19;**  Ναι  Όχι
- Εάν Ναι, δώστε περισσότερες πληροφορίες:
- Ημερομηνία Διάγνωσης:
  - Έχετε νοσηλευτεί;  Ναι  Όχι Σε  απλό δωμάτιο ή  ΜΕΘ;
- Ημερομηνία εισόδου- εξόδου:
- Ποια είναι η σημερινή κατάσταση;
- 27. Ερώτηση που αφορά αποκλειστικά σε άνδρες**
- Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;  Ναι  Όχι
- Αν όχι, για ποιο λόγο;

## Συμπληρωματικές Ερωτήσεις



- 28. Έχετε Κοινωνικό Ασφαλιστικό Φορέα;**  Ναι  Όχι
- ΕΟΠΥΥ/ Άλλο:
- 29. Αν έχετε άλλο ατομικό Ασφαλιστήριο σε άλλη εταιρία ή/ και στην Generali, να συμπληρωθούν τα παρακάτω:**
- Επωνυμία εταιρίας:
- Ημερομηνία έναρξης:
- Πληρωμένο μέχρι και:
- Κεφάλαιο Νοσοκομειακής Παροχής:
- Πιθανοί Ειδικοί Όροι/ Εξαιρέσεις
- 30. Έχετε ομαδικό Ασφαλιστήριο;**  Ναι  Όχι
- Αν Ναι, συμπληρώστε την επωνυμία της Εταιρίας - Εργοδότη:
- 31. Έχει ποτέ απορριφθεί αίτησή σας για ασφάλιση Ζωής ή/ και Υγείας από άλλη Εταιρία;**  Ναι  Όχι
- Αν Ναι, για ποιο λόγο;

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

Υπογραφή Υποψήφιου Ασφαλισμένου



## Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



Ο σκοπός της παρούσας Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι να εξηγήσει τον τρόπο και τους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε με προσοχή την παρούσα δήλωση.

### Ποιος θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali Hellas AAE θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση:

Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου  
117 43 Αθήνα  
Τηλέφωνο: 2108096100  
e-mail: [info@generaligr](mailto:info@generaligr)

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, εάν θέλετε να ασκήσετε οποιοδήποτε δικαίωμά σας, ή να υποβάλετε κάποιο παράπονο αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer) μας είτε στο e-mail: [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr) είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

### Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά σας δεδομένα:

1. για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου και τον καθορισμό του ασφαλιστρού,
2. για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου,
3. για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου,
4. για να σας ενημερώσει για θέματα που αφορούν στο ασφαλιστήριό σας (ανανέωση, προθεσμία εξόφλησης, κλπ.) και άλλα προϊόντα και για να ζητήσει πληροφορίες για το επίπεδο ικανοποίησής σας από τις υπηρεσίες της Generali,
5. για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών, και για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

Η Generali δικαιούται να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα σας για τη σύναψη και την εκτέλεση των συμβατικών όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

### Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

Θα επεξεργαστούμε μόνο Προσωπικά Δεδομένα που είναι απολύτως αναγκαία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Συγκεκριμένα, η Generali θα επεξεργαστεί:

1. Τα στοιχεία ταυτότητάς σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, κλπ).
2. Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ).
3. Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής κάρτας σας.
4. Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ)
5. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου, το ιατρικό σας ιστορικό σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
6. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με teleunderwriting: το ιατρικό ιστορικό σας με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
7. Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali μπορεί να σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία και πρόσθετα δικαιολογητικά που θα αφορούν το συμβάν.

## Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε προσωπικά δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, συνεργαζόμενους πραγματογνώμονες ιατρούς, τον εξωτερικό συνεργάτη μας ο οποίος θα διενεργήσει την τηλεφωνική συνέντευξη (εάν αυτή διενεργηθεί) ή θα συντονίσει τον προασφαλιστικό ιατρικό έλεγχο (εάν είναι αναγκαίο). Θα διαβιβάσουμε, επιπλέον, προσωπικά σας δεδομένα και πληροφορίες καλύψεων ή/ και εξαιρέσεων προς τους συνεργάτες μας που παρέχουν τηλεφωνική εξυπηρέτηση για την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να μοιραστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα με τα τεχνικά τμήματα της έδρας του Ομίλου Generali, άλλες εταιρίες του Ομίλου Generali, καθώς και με συνεργαζόμενες αντασφαλιστικές εταιρίες. Η Generali έχει λάβει τα αναγκαία μέτρα ώστε κάθε φορά να διαβιβάζονται μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα και να εξασφαλίζεται η νομιμότητα της επεξεργασίας. Για περισσότερες πληροφορίες για τους εξωτερικούς συνεργάτες και παρόχους μας, με τους οποίους μοιραζόμαστε τα δεδομένα σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ([www.generaligr](http://www.generaligr)).

Η Generali δεν πρόκειται να αποκαλύψει με οποιονδήποτε τρόπο τα προσωπικά σας δεδομένα σε οποιοδήποτε τρίτο μέρος το οποίο δε σχετίζεται με το ασφαλιστήριό σας και την παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που προβλέπονται από αυτό, εκτός εάν αυτό απαιτείται από τη νομοθεσία ή από νόμιμο αίτημα ή εντολή δημόσιας αρχής. Η Generali δεν πρόκειται να διαβιβάσει κανένα προσωπικό σας δεδομένο σε τρίτους για χρήση σε εμπορικές προωθητικές ενέργειες, χωρίς την προηγούμενη ρητή συγκατάθεσή σας.

## Γιατί απαιτείται η συλλογή των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή των δεδομένων σας είναι αναγκαία για τη σύναψη και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου. Εάν δεν παράσχετε τα Προσωπικά Δεδομένα σας, δυστυχώς, η Generali δεν δύναται να προβεί στη σύναψη του ασφαλιστηρίου ή/ και στην παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που αυτό προβλέπει.

## Τα δικαιώματά σας αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα

Μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας: Πρόσβασης, Διόρθωσης, Φορητότητας, και, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου, Διαγραφής, Περιορισμού και Εναντίωσης.

Μπορείτε, επίσης, ανά πάσα στιγμή, να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή που έχετε παράσχει για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας. Δυστυχώς, σε μια τέτοια περίπτωση, η Generali δεν θα μπορεί να σας παρέχει τις καλύψεις που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας (ανάκληση συγκατάθεσης). Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα κάθε προηγούμενης πράξης επεξεργασίας.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali Hellas ([www.generaligr](http://www.generaligr)). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr) για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

## Πως μπορείτε να υποβάλετε μια καταγγελία

Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται με οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr).

## Για πόσο καιρό διατηρούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Θα διατηρήσουμε και θα επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά σας Δεδομένα για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω για όσο διάστημα το ασφαλιστήριό σας είναι σε ισχύ και μέχρι είκοσι έτη μετά τη λήξη ισχύος του για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση μη σύναψης του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.



## Δήλωση Συναίνεσης



Με βάση τη Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που επισυνάπτεται, δηλώνετε ότι έχετε διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της Δήλωσης και με την παρούσα δηλώνετε τη συναίνεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας για τους σκοπούς επεξεργασίας που αναφέρονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και έχουν ως νομική βάση τη δική σας ρητή συγκατάθεση.

Συγκεκριμένα, μπορείτε ελεύθερα να αποφασίσετε να δώσετε τη συναίνεσή σας, ανάλογα με την προτίμησή σας και, συνεπώς, να εξουσιοδοτήσετε την Generali να:

- Επεξεργαστεί τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των τυχόν παιδιών σας εφόσον τυχάνουν προστατευόμενα μέλη, για το σκοπό της εκτίμησης της Αίτησης/ Προσφοράς και έκδοσης ασφαλιστηρίου, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν από αυτό, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.  
 Συναίνω  Δεν Συναίνω
- Επεξεργαστεί και να διαβιβάσει τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των τυχόν παιδιών σας εφόσον τυχάνουν προστατευόμενα μέλη, (i) στον πάροχο που τυχόν θα διενεργήσει τηλεφωνική συνέντευξη κατ' εντολή της Generali, (ii) σε πραγματογνώμονες γιατρούς και (iii) σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την εκτίμηση και την έκδοση του ασφαλιστηρίου ή/ και την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο.  
 Συναίνω  Δεν Συναίνω
- Συμμετέχει ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του ασφαλιστηρίου, εφόσον εκδοθεί, σε τυχόν πρόσθετες ενέργειες (εκτός από την Αίτηση/ Προσφορά ασφάλισης) που απαιτούνται για τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου, καθώς και στη διαδικασία διεκπεραίωσης τυχόν αιτημάτων αποζημίωσής σας, για διευκόλυνσή σας.  
 Συναίνω  Δεν Συναίνω
- Επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για την επικοινωνία μαζί σας, είτε απευθείας είτε μέσω του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή σας, και την αποστολή προς εσάς υλικού εμπορικής επικοινωνίας και για τη συμμετοχή σας σε προωθητικές ενέργειες της Generali σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες.  
 Συναίνω  Δεν Συναίνω
- Επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για το σκοπό της συμμετοχής σας σε έρευνες αγοράς που αφορούν στην Generali Hellas ή στον Όμιλο Generali.  
 Συναίνω  Δεν Συναίνω

**Σημείωση:** Πριν υπογράψετε την παρούσα Δήλωση Συναίνεσης, παρακαλούμε να συμπληρώσετε απαραίτητα τα παραπάνω πεδία

Όνοματεπώνυμο:

Εταιρία:

Ημερομηνία

Υπογραφή