

Πρόταση Ασφάλισης Ατυχημάτων & Ασθένειας

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της πρότασης

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου			
Όνοματεπώνυμο & Πατρώνυμο			
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Ταχ. Κωδ.	Περιοχή/Πόλη	Τηλέφωνο
Κινητό	A.Φ.Μ.		A.Δ.Τ.
Τόπος Γέννησης	Ημερ/νία Γέννησης	Ακριβές Επάγγελμα	
Άλλες Ασχολίες ή Σπορ			
Ύψος	Βάρος	Είστε αριστερόχειρας; Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Έχετε καλύψεις ατυχημάτων / ασθενειών με άλλο ή ομαδικό;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Α) Στην Direkta ;			
Β) Σε άλλη ασφαλιστική εταιρία			
Αν ναι αναφέρατε εταιρία και καλύψεις:			

2. Στοιχεία Συμβαλλομένου			
Όνοματεπώνυμο & Πατρώνυμο			
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Ταχ. Κωδ.	Περιοχή/Πόλη	Τηλέφωνο
Κινητό	A.Φ.Μ.		A.Δ.Τ.

3. Έναρξη Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής				
Ημερ/νία Έναρξης	Τρόπος Πληρωμής	12μηνο	6μηνο	3μηνο

4. Παρεχόμενες Καλύψεις (Μεμονωμένες Παροχές)			
Αιτούμενες Καλύψεις	Ασφαλιζόμενα Κεφάλαια		
	Ασφαλιζόμενος	Σύζυγος	Παιδιά
Θάνατος από Ατύχημα			
Μόνιμη Ολική & Μερική Ανικανότητα			
Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα			
Ιατροφαρμακευτικά έξοδα			
Ολοκληρωμένο πακέτο προσωπικού ατυχήματος			
Θάνατος & Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα			
Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ασθένεια (*)			
Απαλλαγή Πληρωμής Ασφαλιστρών			
Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης & Ανάρρωσης			
Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια (*)			
Ευρεία Νοσοκομειακή Περιθαλψη (*)			
Super Νοσοκομειακή Περιθαλψη (*)			
Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη (*)			
Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών (*)			

(*) Απαραίτητη η συμπλήρωση του Ιατρικού Ιστορικού

Ιατρικό Ιστορικό (Πρόσθετες Πληροφορίες για Νοσοκομειακή Περιθαλψη)

ΕΡΩΤΗΣΗ	Ν	Ο	Αν η απάντηση είναι Ναι επεξηγήσατε
1. Έχετε κανένα σωματικό ελάττωμα ή παραμόρφωση; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Έχει μεταβληθεί το βάρος σας κατά τον τελευταίο χρόνο; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Έχετε νοσηλευτεί ποτέ στο παρελθόν; Αν ναι που και για ποια αιτία; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Σας συστήθηκε να κάνετε εξετάσεις, να μπειτε σε νοσοκομείο ή να χειρουργηθείτε, πράγμα που δεν έγινε; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Είστε τώρα υπό ιατρική παρακολούθηση ή θεραπεία ή έχετε προβλήματα με την υγεία σας; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Έχετε ποτέ υποβληθεί σε check-up, ιατρική εξέταση ή εγχείρηση ή επισκεφτήκατε ιατρό από αρρώστια ή τραυματισμό; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Έχετε κάνει ηλεκτροκαρδιογραφήματα, ακτινογραφίες ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις και με ποια αποτελέσματα; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Έχετε τελευταία κάποιο σύμπτωμα για το οποίο σκέπτεστε να επισκεφθείτε ιατρό; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Λαμβάνετε φάρμακα; Για ποια αιτία και ποια είναι αυτά; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Έχετε ποτέ κάνει μετάγγιση αίματος πριν από το 1985; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Αν όπτι ξέρετε, έχετε ποτέ κάνει θεραπεία ή σας έχουν πει ότι υποφέρατε από ασθένειες: της καρδιάς, εγκεφάλου, νεύρων, νεφρών, σπλάχνων; Χρόνιο αλκοολισμό, χρήση ναρκωτικών, δισκοπάθεια, ασθένειες αναπνευστικού συστήματος ή αισθητηρίων οργάνων; Υπέρταση, ασθένειες αίματος, δέρματος ή αδένων; Από οπουδήποτε άλλη ασθένεια; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Είχε ποτέ μέλος της οικογενείας σας φυματίωση, διαβήτη, νόσο του αίματος, παθήσεις καρδιάς ή νεφρών, υπέρταση, ημιπληγία, καρκίνο ή διανοητικές διαταραχές; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Αν έχετε μυωπία, αναφέρατε βαθμό Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Ημερήσια κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων/ καπνού Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Είσατε έγκυος; Είχατε ποτέ ανωμαλία μαστών, περιόδου ή γεννητικών οργάνων; Κάνατε ποτέ καισαρική τομή; Ασφαλιζόμενος: Συμβαλλόμενος: Εξαρτημένα Μέλη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	