

Έντυπο συμπλήρωσης στοιχείων για προκαταρκτική μελέτη σχεδίου ασφάλισης ζωής πριν τεθεί σε ασφαλιστική εταιρεία.

A) Ζωής έναντι τραπεζικού δανείου -----

B) Ζωής έναντι δανείου και επένδυση -----

Γ) Ζωής επένδυση και σύνταξη -----

Δ) Ζωής καθαρής αποταμίευσης -----

• Σημειώστε ετήσιο εισόδημα αιτούντος-----

A) Ποσό δανείου -----

B) Αναμενόμενο ποσό στο τέλος συμβολαίου -----

Γ) Ζητούμενο ποσό σύνταξης μηνιαίως -----

A) Ονοματεπώνυμο αιτούντος -----

B) Ημερομηνία γέννησης -----

Γ) Χώρα διαμονής -----

Δ) Σπουδές -----

E) Επάγγελμα -----

Email επικοινωνία -----Τηλέφωνο -----

Επικοινωνία info@valuinsurance.eu

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΙΤΗΜΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

1. Όνομα και διεύθυνση προσωπικού γιατρού (σε περίπτωση αλλαγής κατά τον τελευταίο χρόνο, δώστε αντίστοιχες πληροφορίες για προηγούμενο γιατρό)

2. Δηλώστε Ύψος _____ εκ βάρος _____ κιλά αιτούντα /Αντισυμβαλλόμενος

Ύψος _____ εκ Βάρος _____ κιλά

3. Έχει αλλάξει το βάρος σας περισσότερο από 5 κιλά κατά τον τελευταίο χρόνο; όχι Ναι

4. Βρίσκεστε σήμερα σε καλή κατάσταση υγείας;

5. Έχετε οποιαδήποτε φυσικά ελαττώματα ή παραμορφώσεις ή οποιαδήποτε βλάβη στην ακοή ή όραση;

6. Έχει διαγνωσθεί ότι υποφέρετε από: διαβήτη, πίεση αίματος, οποιαδήποτε ανωμαλία ή ασθένεια της καρδιάς ή των πνευμόνων νευρολογική πάθηση διανοητική διαταραχή, ασθένεια του αίματος, καρκίνο, εγκεφαλικό ή οποιαδήποτε άλλη ασθένεια;

7. Έχετε ποτέ υποβληθεί σε θεραπεία ή έχετε εμφανή συμπτώματα για νευρίτιδα, ισχιαλγία, ρευματισμούς, αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, νόσο των μυών των οστών, συμπεριλαμβανομένης της σπονδυλικής στήλης, πλάτης, μέσης και των αρθρώσεων;

8. Έχετε εμπλακεί σε οποιοδήποτε ατύχημα, που να οδήγησε σε τραυματισμό;

9. Έχετε κάνει ποτέ ακτινογραφίες ή ηλεκτροκαρδιογράφημα ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλευθεί ή υποβληθεί ή υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση;

10. Εκτός των πιο πάνω έχετε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 χρόνων, συμβουλευθεί γιατρό, ή έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε γιατρό ή να υποβληθείτε σε ιατρικές εξετάσεις;

11. AIDS (Επίκτητος ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος):

α. Έχετε συμβουλευθεί γιατρό 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;

12. Έχετε πάρει ποτέ ναρκωτικές ουσίες, χωρίς συνταγή γιατρού;

13. Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις ή απολυθήκατε λόγω φυσικής, διανοητικής, νευρικής ψυχικής αιτίας;

14. Είστε εσείς ή οποιοδήποτε από τα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση έγκυος;

13. Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις ή απολυθήκατε λόγω φυσικής, διανοητικής, νευρικής ψυχικής αιτίας;

14. Είστε εσείς ή οποιοδήποτε από τα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση έγκυος; Εάν ναι δηλώστε σε ποιο μήνα.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

15. Δηλώστε αν είστε αριστερόχειρας;

16. Οδηγείτε δίκυκλο με κυβισμό μεγαλύτερο από 75 κ.ε

17. Αναλαμβάνετε ή σκέπτεστε να αναλάβετε οποιαδήποτε δραστηριότητα, όπως: πλοήγηση αεροπλάνου ή άλλου πτητικού μέσου, υποβρύχια κατάδυση, κάθοδο με αλεξιπτωτο ή παρόμοιο, αγώνες ταχύτητας, αναρρίχηση ή οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα αυξημένης επικινδυνότητας; Εάν ναι συμπληρώστε σχετικό ερωτηματολόγιο.

18. Είστε μέλος ομάδας οποιουδήποτε αθλήματος; (εάν ναι, αναφέρατε επωνυμία ομάδας και είδος αθλήματος)

19. Κάνετε συχνά ταξίδια στο εξωτερικό; Αναφέρατε χώρες και συχνότητα. Σκοπεύετε να ζήσετε εκτός Κύπρου;

20. Δηλώστε ημερήσια κατανάλωση (κατά τους τελευταίους 12 μήνες)

καπνού _____ οινοπνεύματος _____

21. Δηλώστε το ετήσιο εισόδημα σας: _____

Προτεινόμενος για ασφάλιση _____ σύζυγος _____

Αιτών/Αντισυμβαλλόμενος _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

22. Είχε κάποιος από το περιβάλλον σας μεταδοτική ασθένεια τους έξι τελευταίους μήνες

23. Προσβλήθηκε ποτέ οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς σας, πριν από την ηλικία των 60, από: φυματίωση, διαβήτη, ασθένεια του αίματος, καρκίνο, καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, νευρολογική πάθηση ή διανοητική διαταραχή;

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

24. Έχει ποτέ απορριφθεί ανασταλεί αίτηση σας για ασφάλιση Ζωής, Ατυχημάτων & Υγείας ή έχει γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους;

25. Υπάρχει άλλη αίτηση σας για ασφάλιση Ζωής, Ατυχημάτων & Υγείας που υποβλήθηκε και εκκρεμεί;

Αν στην ερώτηση 4 απαντήσατε αρνητικά και αν σε οποιαδήποτε από τις υπόλοιπες ερωτήσεις καταφατικά, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τον αριθμό της ερώτησης και αναφέρατε λεπτομέρειες για διάγνωση, ημερομηνία και περιγραφή ιστορικού, όνομα γιατρού, εξετάσεις που έχουν γίνει, αποτέλεσμα και θεραπεία.

Υπογρ. : _____

Όνοματεπώνυμο: _____ Αρ. ταυτότητας : _____