

**CNP ΖΩΗΣ - ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ**

Παρακαλούμε διαφυλάξτε την εμπιστευτικότητα των παρεχομένων από τον πελάτη σας πληροφοριών και μεριμνήστε για την καταστροφή του εντύπου με την υπογραφή της αίτησης ασφάλισης  
**Ασφαλιστικό Πρόγραμμα: "Β ο η j ο υ ρ C h ο i c e"**

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου							
Επώνυμο :					A.Δ.Τ.:		
Όνομα :			Πατρώνυμο :			A.Φ.Μ.:	
Φύλο :	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ		Ημ. γέννησης :	..... / ..... / .....		Δ.Ο.Υ.	
Επάγγελμα :					Ταμείο Ασφάλισης :		
Διεύθ. κατοικίας :					Τηλέφωνο :		
Διεύθ. εργασίας :					Τηλέφωνο :		

2. Στοιχεία Συμβαλλομένου (Λήπτη της ασφάλισης)							
Επώνυμο :					A.Δ.Τ.:		
Όνομα :			Πατρώνυμο :			A.Φ.Μ.:	
Φύλο :	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ		Ημ. γέννησης :	..... / ..... / .....		Δ.Ο.Υ.	
Επάγγελμα :					Ταμείο Ασφάλισης :		
Διεύθ. κατοικίας :					Τηλέφωνο :		
Διεύθ. εργασίας :					Τηλέφωνο :		

Διεύθυνση αλληλογραφίας :	<input type="checkbox"/> Στη διεύθυνση κατοικίας : <input type="checkbox"/> Στη διεύθυνση εργασίας : <input type="checkbox"/> Άλλού : <input type="checkbox"/> συμπληρώστε παρακάτω		
---------------------------	---	--	--

Ποιά είναι η σχέση σας με τον Ασφαλιζόμενο ; .....

3. Ασφαλιστικό Πρόγραμμα	
Πρόσκαιρη Ασφάλιση Θανάτου (Ετησίως Ανανεούμενη)	Ασφαλισμένο Κεφάλαιο: € .....
<b>Βοηjour Choice - Ασφάλιση Ευρείας Νοσοκομειακής Περίθαλψης</b>	
Θέση Νοσηλείας:	Μονόκλινο - Α΄ Θέση <input type="checkbox"/> Δίκλινο - Β΄ Θέση <input type="checkbox"/> Τρίκλινο - Γ΄ Θέση <input type="checkbox"/>
Ετήσιο Εκπιπτόμενο Ποσό:	€ 400 <input type="checkbox"/> € 1.000 <input type="checkbox"/> € 1.500 <input type="checkbox"/> € 3.000 <input type="checkbox"/> € 5.000 <input type="checkbox"/> € 7.000 <input type="checkbox"/> € 10.000 <input type="checkbox"/>

4. Στοιχεία Εξαρτωμένων Μελών				
Σημείωση : Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα Ασφάλισης.				
	Σύζυγος	Τέκνο 1 <sup>ο</sup>	Τέκνο 2 <sup>ο</sup>	Τέκνο 3 <sup>ο</sup>
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Φύλο				
Ημερ. Γέννησης	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
A.Δ.Τ.				
A.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Ταμείο Ασφάλισης				

5. Συχνότητα πληρωμής Ασφαλιστρων	<input type="checkbox"/> ΕΤΗΣΙΩΣ	<input type="checkbox"/> ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΩΣ	<input type="checkbox"/> ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΩΣ
-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

6. Δικαιούχοι σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου					
<input type="checkbox"/> Οι Νόμιμοι Κληρονόμοι του Ασφαλισμένου		<input type="checkbox"/> Άλλοι ως ορίζονται ακολούθως:			
Επώνυμο	Όνομα	Όνομα Πατρός	Ημερ. γέννησης	Σχέση με τον Ασφ/νο	Ποσοστό
			..... / ..... / .....		
			..... / ..... / .....		

## 7. Ερωτηματολόγιο Υγείας

Α. Ερωτήσεις για την κατάσταση της υγείας	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΑ
1. Έχετε ή είχατε ποτέ :			
α. Επιληψία, λιποθυμικά επεισόδια, ή οποιαδήποτε διανοητική διαταραχή ή προσβολή του νευρικού συστήματος ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
β. Άσθμα, βρογχίτιδα, πνευρίτιδα, πνευμονία, φυματίωση ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση των πνευμόνων ή του αναπνευστικού συστήματος ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
γ. Υψηλή χοληστερίνη, Πόνους στο στήθος, υψηλή αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία, αρρυθμίες, δύσπνοια ή οποιοδήποτε πρόβλημα με την καρδιά ή το κυκλοφοριακό σύστημα ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
δ. Δυσπεψία, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, χρόνια ή περιοδική διάρροια, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα με το στομάχι ή τα έντερα ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ε. Διαβήτη , οποιαδήποτε διαταραχή ή πρόβλημα με τα νεφρά, το συκώτι, την κύστη ή το ουροποιητικό σύστημα ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
στ. Ρευματικό πυρετό, αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, ή οποιαδήποτε πάθηση ή πρόβλημα με τα οστά ή τις αρθρώσεις;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ζ. Παθήσεις θυρεοειδούς ή άλλου αδένα, διογκωμένους αδένες, οποιαδήποτε μορφή καρκίνου, όγκους, η οποιαδήποτε πάθηση του αίματος ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
η. Ανεξήγητα περιοδικά ή επίμονα συμπτώματα πυρετού, απώλεια βάρους ή οποιαδήποτε πάθηση του δέρματος ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
θ. Οποιοδήποτε σεξουαλικά ή άλλως μεταδιδόμενο νόσημα ή υποβληθεί σε εξέταση αίματος σχετιζόμενη με μόλυνση από τον ιό HIV , Ηπατίτιδα ή AIDS ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ι. Οποιαδήποτε ασθένεια ή διαταραχή στα μάτια (συμπεριλαμβανομένης μυωπίας, πρεσβυωπίας, καταρράκτη), τη μύτη, τα αυτιά, το λαιμό ή το στόμα ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
κ. Οποιαδήποτε ασθένεια, σωματική βλάβη, ή ανικανότητα που δεν αναφέρεται παραπάνω ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
2. Έχετε ποτέ λάβει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή ιατρική θεραπεία ή ιατρική συμβουλή ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
3. Παραμείνατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα τελευταία πέντε (5) χρόνια ή υποβλήθηκατε σε χειρουργική επέμβαση ή σας πρότειναν να κάνετε εγχείρηση ή να εισαχθείτε στο Νοσοκομείο για εξετάσεις, θεραπεία, ανάπαυση και δεν την κάνατε;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
4. Έχει ποτέ, αίτησή σας για ασφάλιση Ζωής ή Υγείας, απορριφθεί, αναβληθεί, τροποποιηθεί ή έχει γίνει δεκτή με επασφάλιστρα ή ειδικούς όρους ή εξαιρέσεις ή σας έχουν αρνηθεί την ανανέωση ασφαλιστικής σας κάλυψης ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Β. Γενικές Ερωτήσεις</b>	<b>ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ</b>	<b>ΣΥΖΥΓΟΣ</b>	<b>ΤΕΚΝΑ</b>
5. Παρακαλούμε δηλώστε :			
α. Το ύψος σας	..... cm	..... cm	..... cm
β. Το βάρος σας	..... Kg	..... Kg	..... Kg
γ. Εάν έχετε βιβλιάριο υγείας	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
δ. Εάν έχετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε άλλη εταιρία, σε ποία:	.....	.....	.....
ε. ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΟΝΟ: Εάν είστε έγκυος, το μήνα κύηση;	.....	.....	.....
στ. ΓΙΑ ΑΝΤΡΕΣ ΜΟΝΟ: Έχετε απαλλαγεί από την εκτέλεση των στρατιωτικών σας υποχρεώσεων ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ζ. Εάν καπνίζετε, την ημερήσια χρήση καπνού :	.....	.....	.....
η. Εάν καταναλώνετε ποτά, την ημερήσια χρήση οινοπνευματωδών ποτών:	.....	.....	.....
θ. Εάν ασχολείστε με επικίνδυνα αθλήματα ή hobbies, ποια είναι αυτά:	.....	.....	.....

## 8. Πίνακας συμπληρωματικών δηλώσεων για τις θετικές απαντήσεις στην ενότητα 7Α

Αρ. Ερώτησης	Όνομα	Συμπληρωματικές πληροφορίες για την θετική απάντηση