**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ OTI ΚΑΛΟ**

**Στοιχεία Ασφαλιζόμενων**

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

**Ασφαλιζόμενος**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Όνομα πατρός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τ.Κ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Κινητό Τηλ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Επάγγελμα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Α.Φ.Μ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Δ.Ο.Υ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Όνομα πατρός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τ.Κ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΒΑΛΤΕ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΗΤΕ**

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: 1.ΟΤΙ ΚΑΛΟ ΙΙΙ 2. ΟΤΙ ΚΑΛΟ ΙV

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΑ**

**ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΜΕ ΝΑΙ Η ΟΧΙ**

1. Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;

2. Έχετε λάβει τα τελευταία 5 χρόνια φάρμακα ή νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική για ιατρική παρακολούθηση ή εξετάσεις;

3. Έχετε ή είχατε ποτέ:

α. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος;

β. Καρδιακές ενοχλήσεις ή πάθηση του κυκλοφοριακού συστήματος ή

εγκεφαλικό επεισόδιο

γ. Παθήσεις του νευρικού συστήματος;

δ. Παθήσεις στομάχου, εντέρων, νεφρών, ήπατος, παγκρέατος ή χολής;

ε. Κάποια πάθηση για την οποία ακολουθήσατε ή ακολουθείτε θεραπεία,

π.χ. υπέρταση, σακχαροδιαβήτη, παθήσεις θυροειδούς ή χρησιμοποιείτε

φάρμακα για κάποιον άλλο λόγο;

στ. Υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις ή ακτινογραφίες, Η.Κ.Γ.;

ζ. Υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση;

4. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσεικάποια αναπηρία;

5. Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από κάποια νόσο που δεν αναφέρεται παραπάνω;

6. Για γυναίκες

α. Είστε έγκυος;

β. Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από οποιαδήποτε πάθηση της μήτρας,

ωοθηκών, μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση;

7. Έχετε ή είχατε ποτέ στην οικογένειά σας (γονείς, αδελφια) περιπτώσεις παθήσεων καρδιάς, σακχάρου, νεφρών, υπερτάσεως, καρκίνου, εγκεφαλικού, διανοητικών ή νευρικών διαταραχών;

8. Για άνδρες:

Απαλλαγήκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;

9. Είστε αριστερόχειρας;

10. Αναφέρατε το ασφαλιστικό σας ταμείο: