

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

COVID-19

Αριθμός Πρότασης Ασφάλισης..... Αρ. Ταυτότητας.....

Όνοματεπώνυμο Προτεινομένου.....

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Τον τελευταίο μήνα έχετε: (α) Πάρετε ιατρική συμβουλή για να μείνετε σε απομόνωση χωρίς να παρουσιάσετε συμπτώματα (π.χ. ανίχνευση επαφής) λόγω του ιού Covid-19 (εξαιρουμένων των υποχρεωτικών κυβερνητικών εντολών για παραμονή στο σπίτι), ή είχατε θετικό τεστ αντισωμάτων Covid-19 (τεστ για την ανοσοαπόκριση που παράγεται από τον οργανισμό ως απόκριση σε προηγούμενη λοίμωξη), ή (β) Είχατε επαφή με άτομο που είναι ύποπτο ή επιβεβαιωμένο ότι έχει COVID-19; ή (γ) Έπρεπε να απομονωθείτε ως αποτέλεσμα ταξιδιού; Αν Ναι, σημειώστε συγκεκριμένα πότε:		
2. Τους τελευταίους 3 μήνες είχατε συμπτώματα COVID-19 (δηλαδή επίμονο βήχα, δύσπνοια ή πυρετό κλπ.) ή είχατε απομονωθεί με συμπτώματα μετά από ιατρική συμβουλή; Αν ΝΑΙ, σημειώστε συγκεκριμένα πότε:		
3. Είχατε ποτέ θετικό τεστ αντιγόνου (antigen test) COVID-19 (ένα τεστ για την παρουσία του ιού στο σώμα); Αν ΝΑΙ, απαντήστε τις ερωτήσεις 3 (α - γ) πιο κάτω. (α) Σημειώστε πότε ακριβώς έγινε αυτό; (β) Απαιτήσατε εισαγωγή στο νοσοκομείο; Αν ΝΑΙ, απαντήστε την ερώτηση 3 (γ) πιο κάτω. (γ) Απαιτήσατε εισαγωγή για διαμονή σε μονάδα Υψηλής Εξάρτησης (HDU), μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU) ή (ITU) ή σε μονάδα κρίσιμης φροντίδας; Αν ΝΑΙ, πότε έγινε αυτό, σημειώστε συγκεκριμένα το είδος μονάδας και εάν χρειαστήκατε την υποστήριξη αναπνευστήρα;		
4. Αν η απάντηση στις ερωτήσεις (1) ή (2) ή (3) (α) ή (β) ή (γ), είναι ΝΑΙ, τότε έχετε κάνει πλήρη αποκατάσταση της φυσικής λειτουργίας, ικανός/η να εκτελέσετε τις επαγγελματικές ή καθημερινές σας υποχρεώσεις, χωρίς συνεχή συμπτώματα ή περιορισμούς (δηλαδή δύσπνοια ή κόπωση); Αν ΝΑΙ, πότε κάνατε πλήρη ανάκτηση;		
5. Έχετε ήδη εμβολιαστεί κατά του COVID-19; Αν ΝΑΙ, απαντήστε τις ερωτήσεις 5 (α - δ) πιο κάτω. (α) 1 ^{ος} Εμβολιασμός – Έγινε στις (β) 2 ^{ος} Εμβολιασμός – Έγινε στις (γ) 3 ^{ος} Εμβολιασμός – Έγινε στις (δ) Τι Εμβόλιο χρησιμοποιήθηκε;		

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν πιο πάνω είναι αληθείς και πλήρεις και δεν παρέλειψα να αναφέρω οποιεσδήποτε πληροφορίες ή γεγονότα που πιθανόν να επηρεάσουν τη μελέτη και αποδοχή της πρότασης μου ή της αίτησης μου για αλλαγή στο ασφαλιστήριο. Συμφωνώ ότι, αυτό το ερωτηματολόγιο και οποιεσδήποτε άλλες δηλώσεις που έχω υπογράψει αποτελούν τη βάση του ασφαλιστηρίου. Εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να αποταθεί σε οποιοδήποτε ιατρό ή κλινική για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου.

Υπογραφή Προτεινομένου:

Υπογραφή Συμβαλλόμενου:

Ημερομηνία: