

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

(Αυτή η δήλωση πρέπει να συμπληρωθεί από τον προτεινόμενο για ασφάλιση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

Παρακαλώ απαντήσατε σε κάθε ερώτηση και όπου χρειάζεται αναφέρατε λεπτομέρειες

1. Είχατε ή έχετε τώρα κάποια πάθηση Θυρεοειδούς;

Αν ναι, πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

2. Ποια είναι η συχνότητα και με τι συμπτώματα εμφανίζεται η πάθηση;

3. Έχετε συμβουλευθεί γιατρό για την αντιμετώπιση της πάθησης και αν ναι, γνωρίζετε την διάγνωση; (π.χ. απλός θυρεοειδισμός, βρογχοκήλη, υπερ/υποθυρεοειδισμός, μύζωμα)

4. Έχετε ακολουθήσει ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;

Έχετε χειρουργηθεί ή προγραμματίζετε επέμβαση στο μέλλον;

Αν έχετε χειρουργηθεί ποιο ήταν το αποτέλεσμα την ιστολογικής εξέτασης (Βιοψία);

5. Πάσχετε από κάποια άλλη ασθένεια;

6. Παρακαλώ πολύ όπως μας σταλούν και οι τελευταίες εξετάσεις θυρεοειδούς (T3, T4, TSH, υπέρηχος θυρεοειδούς)

Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και πλήρη και αποδέχομαι ότι αυτή η συμπληρωματική δήλωση μαζί με την αίτηση ασφάλισης με ημερομηνία..... αποτελούν μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ εμού και της Εταιρίας.

Ημερομηνία και υπογραφή Ασφαλιζομένου