

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
MEDICAL EXPENSES CLAIM APPLICATION

Συμβαλλόμενος	Τηλ.	Αρ. Συμβολαίου
Ασφαλισμένος	Τηλ. Tel.	
Όνομα Ασθενή	Ημ. Γέννησης	Αρ. Ταυτ./Διαβατ.:

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ/PHYSICIAN'S STATEMENT

Διάγνωση Diagnosis		
Αναλύσεις/ 1..... 2..... 3.....	Ακτινογραφίες/ 1..... 2..... 3.....	Φάρμακα/ 1..... 2..... 3.....
Σε περίπτωση νοσηλείας ποια είναι η κλινική εικόνα του ασθενούς κατά την εισαγωγή		
Ιατρικό ιστορικό παρούσης και προηγούμενης ιατρικής κατάστασης		
Ημερομηνία Εισαγωγής	Ημερομηνία Εξόδου	
Παρακαλώ όπως επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για τη μελέτη του Περιστατικού.		
Ο υπογεγραμμένος ιατρός εξέτασα τον πιο πάνω ασθενή, διέγνωνα την πιο πάνω κατάσταση και συνέστησα τις πιο πάνω αναλύσεις/ακτινογραφίες και συνέστησα την πιο πάνω φαρμακευτική αγωγή για την θεραπεία της διαγνωσθείσας κατάστασης.		
Όνοματεπώνυμο ιατρού		
Ειδικότητα	Τηλ.	
Επωνυμία Κλινικής-Νοσοκομείου		
Υπογραφή ιατρού	Ημερ. Εξέτασης	

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ CLAIMANT'S DECLARATION

Συμβαλλόμενος	Τηλ.	Αρ. Συμβολαίου
Ασφαλισμένος	Τηλ. Tel.	
Διάγνωση		
Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά και περιγραφή		
Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία: Αν ναι πότε;		
Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πότε συνέβηκε		

Δήλωση του ασθενούς και συγκατάθεση

Βεβαιώνω ότι είμαι ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία είναι που παρέχονται πιο πάνω είναι αληθή και ακριβή. Για το σκοπό διακπεραίωσης της αίτησής μου, διά του παρόντος συγκαταίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τα οποία έχω συμπεριλάβει στο παρόν έντυπο και σε οποιαδήποτε ιατρικά πιστοποιητικά τα οποία τυχόν να παραχωρηθούν εκ μέρους μου στην παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία σχετικής μου συγκατάθεσης. Συγκαταίθεμαι και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία. Συμφωνώ πως ένα αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

Patient's Declaration and Consent

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ Ημερομηνία/

Υπογραφή Συμβαλλόμενου/ Ημερομηνία/