



**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου	<input type="text"/>	Αρ. Συμβολαίου	<input type="text"/>
Όνομα Ασθενή	<input type="text"/>	Ημερ. Γεννήσεως	<input type="text"/>
		Ημ. Ασφάλισης	<input type="text"/>

ΜΕΡΟΣ 1. ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας εξέτασα τον/την Ασθενή
 και διέγνωσα

Όνομα Ιατρού	Τηλέφωνο	Ημερ. Εξέτασης	Υπογραφή Ιατρού
--------------	----------	----------------	-----------------

ΜΕΡΟΣ 2. ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής φαρμάκων.

ΜΕΡΟΣ 3. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν η σχετική απόδειξη πληρωμής αναλύσεων και τα αποτελέσματα.

ΜΕΡΟΣ 4. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν η σχετική απόδειξη πληρωμής ακτινογραφιών, οι ακτινογραφίες ή MRI ή ULTRA SOUND και η σχετική έκθεση αυτών.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ - Συμπληρώνεται από τον Συμβαλλόμενο και τον Ασθενή

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου	<input type="text"/>	Αρ. Συμβολαίου	<input type="text"/>
Όνομα Ασθενή	<input type="text"/>		
Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/>	Σχέση	<input type="text"/>
		Ημ. Ασφάλισης	<input type="text"/>
ΠΑΘΗΣΗ – Διάγνωση	<input type="text"/>		
(Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρετε πού και πώς συνέβηκε)	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; Αν, ναι, πότε;

Όνοματεπώνυμο θεράποντος Ιατρού	<input type="text"/>	Ημ. Εξέτασης	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	--------------	----------------------

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθινές, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο της απαίτησης για αποζημίωση συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία EUROSURE INSURANCE COMPANY LTD τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών ως απόδειξη και για αξιολόγηση από Ιατρούς που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (General Data Protection Regulation (EU) 2016/679), ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Επίσης, εξουσιοδοτώ όλους τους Ιατρούς ή/και άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ημερομηνία	Υπογραφή Ασθενή	Ημερομηνία	Υπογραφή Συμβαλλόμενου