

Έντυπο Απαίτησης

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο στα Ελληνικά.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α – Να συμπληρωθεί από τον Ασφαλιζόμενο

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Πλήρες όνομα Συμβαλλόμενου:

Α.Δ.Τ.:

Πλήρες όνομα Ασφαλιζόμενου:

Α.Δ.Τ.:

Συγγένεια/Σχέση:

Ημερ. Γέννησης:(HH/MM/EEEE)

Email:

Τηλέφωνο:

Ημερ. Ατυχήματος / εμφάνισης συμπτωμάτων της Ασθένειας για πρώτη φορά:

Περιγραφή Ατυχήματος (αν αφορά Ασθένεια περιγράψτε τα συμπτώματα και τη σαφή διάγνωσή της):

Είχατε ποτέ στο παρελθόν το ίδιο Ατύχημα ή Ασθένεια; Αν ΝΑΙ, πότε;

Δικαιούστε αποζημίωση / κάλυψη από άλλο ασφαλιστικό φορέα; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

Ενημέρωση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαίτησής σας η **HealthWatch SA** προτίθεται να επεξεργαστεί δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρείας **SI Insurance (Europe) SA**, η οποία διασφαλίζει ότι η εν λόγω επεξεργασία γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων σας. Για περισσότερες πληροφορίες για την πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα θα βρείτε εδώ: <https://www.sompo-intl.com/privacy-policies/>

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες στο Έντυπο Απαίτησης είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον γιατρό μου να αποκαλύψει πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με το/την Ατύχημα / Ασθένειά μου και θεραπεία μου.

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου/Ασθενή:

Ημερομηνία:

(HH/MM/YYYY)

Σημείωση: Παρακαλούμε όπως μας προσκομίσετε τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού (**IBAN Certificate**) του Συμβαλλόμενου, για σκοπούς πληρωμής της απαίτησης.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β – Να συμπληρωθεί από τον θεράποντα γιατρό (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ Γ)

Πλήρες όνομα ασθενή:

Α.Δ.Τ.:

1. Ο/Η πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις διέγνωσα ότι πάσχει

από:

και τον/την έχω συμβουλέψει να ακολουθήσει την παρακάτω θεραπεία.

2. Ο/Η ασθενής είχε νοσήσει ή νοσηλευτεί στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό (ατύχημα ή ασθένεια); Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

3. Προτεινόμενη θεραπεία (Φαρμακευτική αγωγή, ιατρικές εξετάσεις, φυσικοθεραπείες κ.λπ.):

Όνομα γιατρού:

Ειδικότητα γιατρού:

Τηλέφωνο:

Υπογραφή γιατρού:

Ημερομηνία:

(HH/MM/YYYY)