PRIME INSURANCE CO. LTD
Διγενή Ακρίτα 55 & Ολυμπίας1, 1070 Λευκωσία, Τ.Θ 22475, 1522 Λευκωσία, Κύπρος
Τ. +357 22 896000, Φ. +35722 896001
info@primeinsurance.com.cy | www.primeinsurance.eu

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Να συμπληρωθεί από τον Ασφαλισμένο

Όνομα Ασφαλισμένου:		Ημερομ. γέννησης:	Αρ. Ταυτότητας:
Όνομα Ασθενή:		Ημερομ. γέννησης	Αρ. Ταυτότητας:
Τηλέφωνο Επικοινωνίας σε περίπτωση που χρειάζονται διευκρινίσεις:		Συγγένεια:	Αρ. Συμβολαίου:

1. Ημερομηνία πρώτων συμπτωμάτων: .....
2. Περιγραφή Συμπτωμάτων: .....
   .....
   .....
3. Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από την ίδια αιτία, αν ΝΑΙ πότε και ποια φαρμακευτική αγωγή πήρατε;
   .....
   .....
4. Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον ιατρό σας: .....
5. Σημερινή Πάθηση - Διάγνωση: .....
   .....
   .....

Δήλωση και Συγκατάθεση Ασφαλισμένου – Ασθενή

Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ή ο γονέας του ασθενούς, ή ο κηδεμόνας του ασθενούς. Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στο έντυπο αυτό, είναι εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή.

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ την **PRIME INSURANCE CO. LTD** ή συνεργάτιδα Εταιρεία της, που διαχειρίζεται απαιτήσεις εκ μέρους της **PRIME INSURANCE CO. LTD** όπως αποταθεί σε ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικές εταιρείες, που έχουν κατά καιρούς παρακολουθήσει ή περιθάλψει εμένα ή/και τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα που περιλαμβάνονται στο Ασφαλιστήριό μου, και να συλλέξει τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τη φυσική ή πνευματική μου κατάσταση, ή των Εξαρτωμένων Προσώπων, για τους σκοπούς της απαίτησής μου καθώς και της διαχείρισης, εξυπηρέτησης και εκτέλεσης του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου μέσω του οποίου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από την Εταιρεία.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και/ή την κατάσταση της υγείας μου και/ή τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την **PRIME INSURANCE CO. LTD** ή τη Συνεργάτιδα Εταιρεία η οποία διαχειρίζεται τις απαιτήσεις εκ μέρους της **PRIME INSURANCE CO. LTD.**

Συμφωνώ πως αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

....

Υπογραφή Ημερομηνία

Επισυνάπτω	
	Έντυπο Ιατρικό Πιστοποιητικό Θεράποντα ιατρού ή Έκθεση Θεράποντα Ιατρού
	Αποδείξεις πληρωμής του θεράποντα Ιατρού – αναγραφή αριθμού επισκέψεων
	Συνταγή για φάρμακα και Απόδειξη φαρμακείου
	Συνταγή για διαγνωστικές - Απόδειξη για διαγνωστικές – Αποτελέσματα
	Άλλες συνταγές και αποδείξεις

Συνολικό Ποσό που αιτούμαι για αποζημίωση	

300 - F - 501 V4 / MS / 07-2018

ΕΝΤΥΠΟ «ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ» ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Να συμπληρωθεί πλήρως και ορθά από τον θεράποντα ιατρό

Όνομα Ασθενούς:	Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Συμβολαίου: .....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πόσο χρονικό διάστημα παρακολουθείτε τον ασθενή:	
Είναι η πρώτη φορά που λαμβάνει θεραπεία για αυτήν την ασθένεια;	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Αν η απάντηση είναι ΟΧΙ, παρακαλώ σημειώστε λεπτομέρειες του πρώτου επεισοδίου και της θεραπευτικής αγωγής:	

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

1. Συμπτώματα και ημερομηνία εμφάνισής τους:

2. Διάγνωση:

3. Συνταγή – φάρμακα, δοσολογία, περίοδος:

4. Αν έχουν ζητηθεί, να γίνει Καταγραφή των Εργαστηριακών / Διαγνωστικών εξετάσεων. Παρακαλούμε σημειώστε ότι καλύπτονται διαγνωστικές που έχουν σχέση με τη συμπτωματολογία και διάγνωση.

5. Αποτελέσματα Διαγνωστικών, αν τυχόν τα έχετε στην κατοχή σας:

6. Αν θα παραπέμψετε τον ασθενή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:

Όνομα Ιατρού: ..... Ειδικότητα: .....

Υπογραφή και σφραγίδα: .....

Τηλέφωνο: ..... Ημερομηνία: .....