

# Έντυπο Ιατρικών Πληροφοριών

Συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα και βεβαιωθείτε ότι έχουν συμπληρωθεί ΟΛΑ τα πεδία.

Ενότητα 1,2 και 3 συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο. Ενότητα 4 και 5 συμπληρώνεται από τον εκάστοτε Πάροχο της Ιατρικής Υπηρεσίας.

## 1. Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου | Όπως αναγράφονται στο πιστοποιητικό ασφάλισης

Αριθμός Μέλους:

Αριθμός Συμβολαίου DCC/DCI:

## 2. Στοιχεία Ασθενούς

Ημερομηνία Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ):

Τίτλος: Κύριος Κυρία Δ/νίς Δρ

Όνομα:

Επίθετο:

1. Ζητάτε χρηματικό ωφέλημα για νοσοκομειακή περίθαλψη που λάβατε δωρεάν;  
Εάν «Ναι», δηλώστε τις ημερομηνίες εισαγωγής και εξιτηρίου και συμπεριλάβετε πιστοποιητικό/εξιτήριο από το νοσοκομείο, που να επιβεβαιώνει τις ημερομηνίες νοσηλείας:

Ναι

Όχι

Ημερομηνία Εισαγωγής (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ):

Ημερομηνία Εξιτηρίου (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ):

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

2. Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη τότε ήταν η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου:

Ημερομηνία επιβεβαίωσης της εγκυμοσύνης:

Προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού:

3. Η απαίτησή σας γίνεται ως αποτέλεσμα ατυχήματος για το οποίο ενδέχεται να ευθύνεται τρίτο πρόσωπο; Εάν «Ναι» παρακαλούμε όπως αναφέρετε λεπτομέρειες:

Ναι

Όχι

4. Υπάρχουν έξοδα που είναι πλήρως ή εν μέρει καλυπτόμενα από οποιαδήποτε άλλη πηγή ή ασφαλιστήριο συμβόλαιο; Εάν «Ναι» παρακαλούμε όπως αναφέρετε λεπτομέρειες:

Ναι

Όχι

5. Έχετε πληρώσει το ποσό Απαλλαγής (Policy Excess) σας;  
Εάν «Ναι» παρακαλώ δηλώστε σε ποιόν:

Ναι

Όχι

6. Έχει χρησιμοποιηθεί η Ευρωπαϊκή Κάρτα Υγείας;

Ναι

Όχι

**3. Στοιχεία Πληρωμής** | Η πρακτική που ακολουθούμε συνήθως είναι να πληρώνουμε τα επιλέξιμα τιμολόγια απευθείας στον ενδιαφερόμενο γιατρό ή νοσοκομείο. Εάν έχετε ήδη πληρώσει τα τιμολόγια οι ίδιοι, παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε τις αποδείξεις και θα σας αποζημιώσουμε εάν και εφόσον υπάρχει κάλυψη, είτε με επιταγή είτε με έμβασμα απευθείας στον τραπεζικό σας λογαριασμό. Για αιτήματα επιστροφής χρημάτων, παρακαλούμε συμπληρώστε την ενότητα αυτή με τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού. Δεν εμβάζουμε χρήματα σε πιστωτικές ή χρεωστικές κάρτες, για το λόγο αυτό παρακαλούμε να μην αναφέρετε οπουδήποτε αριθμούς καρτών στο έντυπο αυτό.

Πλήρες όνομα αυτού που πλήρωσε:

Όνομα / ταχυδρομική διεύθυνση τράπεζας:

Όνομα του ατόμου που ανήκει ο τραπεζικός λογαριασμός:

Αριθμός λογαριασμού:

IBAN:

Κωδικός Swift/BIC:

#### 4. Πληροφορίες Γιατρού/Ειδικού: Συμπληρώνεται από τον Πάροχο Ιατρικών Υπηρεσιών

Όνοματεπώνυμο

Γιατρού/Ειδικού:

Επωνυμία και διεύθυνση

Νοσοκομείου/Κλινικής:

Τηλέφωνο:

Email:

#### 5. Πληροφορίες Περίθαλψης: Συμπληρώνεται από τον Πάροχο Ιατρικών Υπηρεσιών

1. Παρακαλούμε όπως παρέχετε πλήρεις πληροφορίες για την ιατρική κατάσταση που απαιτεί θεραπεία καθώς και πλήρη στοιχεία διερεύνησης, θεραπείας ή χειρουργικών επεμβάσεων συμπεριλαμβανομένων και των αποτελεσμάτων, εάν έχουν πραγματοποιηθεί.

Κώδικας ICD ή σχετικός διαγνωστικός κώδικας:

Κώδικας OPCS ή σχετικός διαγνωστικός κώδικας:

2. Ημερομηνία κατά την οποία ο ασθενής παρουσίασε σε εσάς ή σε κάποιον άλλον γιατρό την πάθηση/κατάσταση αυτή:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

3. Πριν ζητήσει τη δική σας συμβουλή, πότε παρατήρησε ο ασθενής για πρώτη φορά σημάδια ή συμπτώματα αυτής της κατάστασης:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

4. Γνωρίζετε οποιαδήποτε θεραπεία, διαγνωστικές, συμβουλές, φάρμακα ή κάποια ειδική δίαιτα που υποβλήθηκε ο ασθενής για αυτή την κατάσταση ή οποιαδήποτε σχετική ασθένεια στο παρελθόν;

Ναι

Όχι

5. Παρακαλούμε αναφέρετε οποιοδήποτε άλλο ιατρικό ιστορικό σχετικά με την ασθένεια ή τον τραυματισμό για την οποία υποβάλλεται η αίτηση:

6. Μελλοντικό σχέδιο θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της θεραπείας και τις πιθανές ημερομηνίες των συνεδριών θεραπείας:

7. Συνθήκες της ασθένειας ή του τραυματισμού:

Υπογραφή Ιατρού:

Σφραγίδα Ιατρού:

Υπογραφή\*:

(\*Ργφλνέγ =τέγλ πφρεπέχτ όε =π πφείφρε' έ/ βύροδ'ι έέπ  
όΜεπρέχτ όε =νωθέσφβΜΖ πζ ερί 5πόπ η ε)

#### Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα για σκοπούς διαχείρισης των απαιτήσεων σας. Για περισσότερες λεπτομέρειες παρακαλούμε όπως διαβάσετε την Πολιτική Προστασίας (Privacy Policy) στην ιστοσελίδα μας [www.akdinsurance.eu](http://www.akdinsurance.eu)

#### Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που έχω δώσει είναι αληθείς και ακριβείς.

Ημερομηνία (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία: (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

PLEASE READ THE STATEMENTS MADE ON THE REVERSE OF THIS FORM AND ANSWER THE QUESTIONS, SIGN AND DATE THE FORM. FAILURE TO DO SO MAY AFFECT THE INSURER'S ABILITY TO PROVIDE THE INSURANCE COVER FROM WHICH YOU BENEFIT AND MAY PREVENT THE INSURER FROM PROVIDING COVER FOR YOU AND HANDLING YOUR CLAIMS.