bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας
Πρόγραμμα «Γιατροί & διαγνωστικές εξετάσεις»

Αριθμός Συμβολαίου:.....

Παρακαλούμε, συμπληρώστε το έντυπο με κεφαλαία και ξεχωριστό έντυπο για κάθε ασφαλισμένο.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(Τον οποίο αφορά η αποζημίωση)

Ονοματεπώνυμο..... Πατρώνυμο ..... Ημ/νία γέννησης H H M M E E E E

Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ Δ.Ο.Υ..... Α.Δ.Τ. __|__|__|__|__|__|__|__ ΑΜΚΑ.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός ..... Τ.Κ. __|__|__|__|__ Πόλη/Περιοχή.....

Κινητό _|_|_|_|_|_|_|_|_|_ E-mail..... IBAN _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώστε μόνο εφόσον είναι διαφορετικό άτομο από τον Ασφαλισμένο)

Ονοματεπώνυμο..... Πατρώνυμο ..... Ημ/νία γέννησης H H M M E E E E

Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ Δ.Ο.Υ..... Α.Δ.Τ. __|__|__|__|__|__|__|__ ΑΜΚΑ.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός ..... Τ.Κ. __|__|__|__|__ Πόλη/Περιοχή.....

Κινητό _|_|_|_|_|_|_|_|_|_ E-mail..... IBAN _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

Εκτός του Δικτύου Υγείας Interamerican

◯ Ιατρική γνωμάτευση
◯ Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών
◯ Πορίσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν έχουν πραγματοποιηθεί)

Εκτός των παρόχων που έχετε επιλέξει

◯ Ιατρική γνωμάτευση
◯ Απόδειξη παροχής υπηρεσιών
◯ Παραπεμπτικό από γιατρό του Δικτύου Υγείας Interamerican
◯ Πορίσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν έχουν πραγματοποιηθεί)

Η Εταιρία ενδέχεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά, ανάλογα με την περίπτωση, ή ακόμη και την εξέταση του ασφαλισμένου από γιατρό που θα ορίσει η ίδια.

Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που έχω συμπληρώσει παραπάνω είναι ακριβή και πλήρη και προσκομίζω τα απαραίτητα δικαιολογητικά που σημειώνω προκειμένου να λάβω αποζημίωση. Επίσης εξουσιοδοτώ κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που διαθέτει ιατρικό φάκελό μου, να δώσει στην Εταιρία «INTERAMERIKAN Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής Α.Ε» πληροφορίες και έγγραφα που αφορούν την κατάσταση της υγείας μου, τόσο για την αποζημίωση, όσο και για την διαπίστωση ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του Άρθρου 3 του Νόμου 2496/1997, σχετικά με την παράβαση υποχρέωσης δήλωσης κάθε στοιχείου αντικειμενικά σημαντικού για την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.

.....	.....	.....	.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ*	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

* Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος:
(α) Είναι ανήλικος: Υπογράφουν οι ασκούντες την γονική μέριμνα, (β) Έχει τεθεί σε Δικαστική Συμπαράσταση: Υπογράφει ο Δικαστικός Συμπαραστάτης

INTERAMERICAN