bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας

Πρόγραμμα «Επίδομα σοβαρών ασθενειών»

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 _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Πότε διαγνώστηκε η πάθησή σας;.....

Νοσηλευτήκατε σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο και πότε; ◯ Ναι ◯ Όχι Αν Ναι, πότε .....

Έχετε χειρουργηθεί ή υποβληθεί σε θεραπεία; ◯ Ναι ◯ Όχι

Αν Ναι, παρακαλώ σημειώστε το είδος της επέμβασης/θεραπείας .....

Έχετε υποβληθεί τελευταία σε εξετάσεις για την παρακολούθηση της ασθένειας; ◯ Ναι ◯ Όχι Αν Ναι, πότε .....

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε την πάθηση για την οποία ζητείται αποζημίωση

- ◯ Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- ◯ Κακόηθες νεόπλασμα (καρκίνος)
- ◯ Αιματολογικές κακοήθειες
- ◯ Απλαστική αναιμία
- ◯ Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- ◯ Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass)
- ◯ Κίρρωση ήπατος
- ◯ Μεταμόσχευση οργάνου
- ◯ Σκλήρυνση κατά πλάκας
- ◯ Τύφλωση
- ◯ Αιμοκάθαρση λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας
- ◯ Νόσος του Parkinson
- ◯ Εγκαύματα 3ου βαθμού με έκταση μεγαλύτερη του 20% της σωματικής επιφάνειας
- ◯ Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

- ◯ Φωτοτυπίες όλων των σελίδων του βιβλιαρίου ασθενείας
- ◯ Δικαιολογητικά που απαιτούνται ανάλογα με την πάθηση και περιγράφονται λεπτομερώς στους όρους

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 «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ 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

anagelia apozimiosis-epidoma sovaron astheneion/101618

INTERAMERICAN