bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας

Πρόγραμμα «Επίδομα χειρουργικής επέμβασης»

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 Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε

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 Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε

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

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

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

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία ατυχήματος Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε Ώρα Ω Ω Λ Λ Τόπος.....

Σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος ◯ Πεζός ◯ Οδηγός ◯ Επιβάτης Αρ. κυκλοφορίας.....

Περιγράψτε το ατύχημα και τις συνθήκες με τις οποίες έγινε: .....

.....

Εξαιτίας αυτού του ατυχήματος μεταφερθήκατε σε νοσηλευτικό ίδρυμα; ◯ Ναι ◯ Όχι ◯ Για πρώτες βοήθειες ◯ Για εισαγωγή

Αν Ναι, σε ποιο;..... Ημερομηνία εισαγωγής Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε Έλαβε γνώση του ατυχήματος η αστυνομική αρχή; ◯ Ναι ◯ Όχι

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

Καταβολή επιδόματος χειρουργικής επέμβασης - Αριθμός έγκρισης.....

◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
◯ Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας με πλήρες ιατρικό ιστορικό
◯ Φάκελος νοσηλείας
◯ Πρακτικό χειρουργείου

Σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό

◯ Τα παραπάνω πρωτότυπα δικαιολογητικά θεωρημένα από το ελληνικό προξενείο του τόπου νοσηλείας και μεταφρασμένα στα ελληνικά

Σε περίπτωση συμμετοχής άλλου φορέα στα έξοδα νοσηλείας

◯ Φωτοτυπίες όλων των εγγράφων που αναφέρονται παραπάνω

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-epidomaxeirourgikisepemvasis/102518

INTERAMERICAN