

Προς
ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
Δ/νση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής & Υγείας
Τομέας Υγείας

Ημερομηνία,//

ΑΙΤΗΜΑ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ

1. Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ονοματεπώνυμο.....Πατρώνυμο.....

Αριθ. Ασφαλιστηρίου

Στοιχεία Παθόντα

Ονοματεπώνυμο.....Πατρώνυμο.....

Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο

Διεύθυνση Κατοικίας

Τηλ. Επικοινωνίας

Ημερ. Γέννησης ΑΦΜ/ΑΔΤ.....

Ύψος Βάρος

Φορέας Κοινωνικής ΑσφάλισηςΒιβλιάριο Ασθενείας

2. Αιτία Αιτήματος για Προέγκριση (συμπληρώνεται από τον αιτούντα/παθόντα)

Αιτία, Συμπληρώστε τη διάγνωση ή το κύριο σύμπτωμα

.....

.....

.....

.....

Από πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα (ημερομηνία)

Επισκεφθήκατε γιατρό/ γιατρούς. NAI OXI. Αν NAI, συμπληρώστε τα ονόματα

.....

.....

Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία αντιμετώπισης της αιτίας, NAI OXI.

Αν ΝΑΙ, κατονομάστε την

.....

.....

Σημειώστε το όνομα του Θεράποντος Ιατρού που επιλέξατε

Σημειώστε την επωνυμία του Νοσοκομείου ή της Κλινικής στο οποίο προτίθεστε να νοσηλευθείτε

3. Έγγραφα δικαιολογητικά που συνοδεύουν το αίτημα (για τεκμηρίωση της απαίτησης)

- 3.1 Λεπτομερής Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού σχετική με την αιτία αιτήματος για προέγκριση με αναφορά στα αποτελέσματα των παθολογικών ή διαγνωστικών εξετάσεων
- 3.2 Αποτελέσματα Αιματολογικών/ Βιοχημικών εξετάσεων
- 3.3 Αποτελέσματα Απεικονιστικών εξετάσεων
- 3.4 Βιβλιάριο ασθενείας

Μετά την αποστολή του αιτήματος προέγκρισης, ανάλογα με το περιστατικό ενδέχεται να ζητηθεί κλινική εξέταση από ιατρό συνεργάτη της Εταιρίας.

Σημειώνεται ότι σε περίπτωση κατά την οποία, αν και έχει δοθεί προέγκριση, διαπιστωθεί ότι υπάρχουν στοιχεία τα οποία δεν είχαν δηλωθεί, η προέγκριση δεν θα ισχύει.

Ημερομηνία

Ο Αιτών και Δηλών

.....

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ο υπογραφόμενος δηλώνω υπεύθυνα εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δήλωσης ότι τα ανωτέρω συμπληρωθέντα στοιχεία είναι ακριβή και αληθινά. Επίσης δηλώνω ότι ενημερώθηκα και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την εκ μέρους της ΕΘΝΙΚΗΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. συλλογή, τήρηση σε αρχείο (ηλεκτρονικό ή μη) και επεξεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/97, των προσωπικών δεδομένων, που δηλώνω στα πλαίσια της ανωτέρω ασφαλιστικής σύμβασης και των οποίων δεδομένων αποδέκτες ή/και εκτελούντες την επεξεργασία μπορούν να είναι, εφόσον απαιτηθεί, αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της εκτέλεσης της μεταξύ μας ασφαλιστικής σύμβασης και της ολοκλήρωσης της διαδικασίας αποζημίωσης τα εκάστοτε συνεργαζόμενα νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, συνεργαζόμενους και ελεγκτές ιατρούς, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ενημερώθηκα επίσης, ότι, μετά από εξακρίβωση της ταυτότητάς μου, έχω δικαίωμα πρόσβασης και αντίρρησης σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν.2472/97 και ότι κάθε σχετικό αίτημά μου θα πρέπει να υποβάλλεται εγγράφως προς: ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α., Μονάδα Κανονιστικής Συμμόρφωσης, Λ.Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα