bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας

Πρόγραμμα «Νοσηλεία από ασθένεια & ατύχημα»

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 ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Πότε διαγνώστηκε η ασθένειά σας;.....

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

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

Έχετε χειρουργηθεί ή υποβληθεί σε θεραπεία για την ασθένειά σας αυτή; ◯ Ναι ◯ Όχι Αν Ναι, πότε .....

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της επέμβασης/θεραπείας .....

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

Έξοδα νοσηλείας - Αριθμός έγκρισης.....

◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
◯ Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας με πλήρες ιατρικό ιστορικό
◯ Φάκελος νοσηλείας
◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις
◯ Πρωτότυπες αποδείξεις αμοιβών γιατρών
◯ Πρωτότυπες αποδείξεις φαρμάκων και τιμολόγια ειδικών υλικών
◯ Πρακτικό χειρουργείου (μόνο σε περιπτώση χειρουργικής επέμβασης)
◯ Πόρισμα ιστολογικής εξέτασης βιοψίας
◯ Βιβλιάριο ασθενείας και συνταγολόγιο

Σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό

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

Αμοιβή αποκλειστικής νοσοκόμας

◯ Γνωμάτευση γιατρού για την αναγκαιότητα
◯ Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών, σφραγισμένη και υπογεγραμμένη από την προϊσταμένη του Τομέα Νοσηλείας

Σε περίπτωση συμμετοχής άλλου φορέα στα έξοδα νοσηλείας

◯ Φωτοτυπίες όλων των εγγράφων που αναφέρονται παραπάνω
◯ Η πρωτότυπη απόφαση του φορέα για το ποσό που κατέβαλε
◯ Πρωτότυπη βεβαίωση που χορηγεί ο φορέας για προσκόμιση στην Εφορία

Επίδομα σε δημόσιο νοσοκομείο

◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
◯ Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας με πλήρες ιατρικό ιστορικό
◯ Φάκελος νοσηλείας
◯ Πρακτικό χειρουργείου (μόνο σε περιπτώση χειρουργικής επέμβασης)

Check-up - Αριθμός έγκρισης.....

◯ Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών

Ενδοσκοπικές πράξεις (επεμβατικές ή μη) Αριθμός έγκρισης.....

◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις
◯ Γνωμάτευση γιατρού για την αναγκαιότητα
◯ Πόρισμα της ενδοσκοπικής πράξης

Διαγνωστικές εξετάσεις για παρακολούθηση κακοήθους νεοπλασίας

◯ Αντίγραφο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις

Επίδομα τοκετού

◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το μαιευτήριο
◯ Ληξιαρχική πράξη γέννησης

Έξοδα πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση

◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
◯ Γνωμάτευση γιατρού για την αναγκαιότητα των εξετάσεων ή των ιατρικών πράξεων
◯ Πρακτικό χειρουργείου
◯ Αποτελέσματα εξετάσεων
◯ Πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών

Επίδομα αποθεραπείας σε Κέντρο Αποκατάστασης

◯ Γνωμάτευση θεράποντος γιατρού για την αναγκαιότητα
◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το Κέντρο Αποκατάστασης

Έξοδα νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι

◯ Γνωμάτευση θεράποντος γιατρού για την αναγκαιότητα
◯ Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών και περιγραφή του είδους των νοσηλευτικών υπηρεσιών
◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις

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-nosileia astheneia atiximaΛ092418

INTERAMERICAN