bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας

Πρόγραμμα «Επείγοντα περιστατικά»

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 ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΛΟΓΩ 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 υπό τις οποίες έγινε: .....

.....

Έλαβε γνώση του ατυχήματος η αρμόδια αστυνομική αρχή; ◯ Ναι ◯ Όχι

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

Αν Ναι, σε ποιο νοσηλευτικό ίδρυμα; ..... Ημερομηνία εισαγωγής Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ποια ήταν τα συμπτώματα για τα οποία πήγατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών; .....

Πότε παρουσιάστηκαν τα συμπτώματα; .....

Έχετε επισκεφθεί για το ίδιο πρόβλημα υγείας γιατρό στο παρελθόν; ◯ Ναι ◯ Όχι Αν Ναι, ποια ήταν η διάγνωση;.....

Έχετε υποβληθεί σε εξετάσεις για το ίδιο πρόβλημα υγείας; ◯ Ναι ◯ Όχι

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

Έξοδα επειγόντων περιστατικών

◯ Γνωμάτευση του εφημερεύοντος γιατρού
◯ Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν έχουν πραγματοποιηθεί)
◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις

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

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 παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και πλήρη.
• Προσκομίζω τα δικαιολογητικά που σημειώνω.
• Εξουσιοδοτώ κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που διαθέτει ιατρικό φάκελό μου, να δώσει στην Εταιρία «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ» κάθε πληροφορία ή έγγραφο που αφορά την κατάσταση της υγείας μου και σχετίζεται με την αποζημίωση που ζητώ να μου καταβληθεί, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου μου, προκειμένου να διαπιστωθεί ότι δεν συντρέχει εκ μέρους μου περίπτωση παραβίασης των εκ του νόμου υποχρεώσεών μου για τη δήλωση – κατά τη σύναψη της ασφάλισης – κάθε στοιχείου ή περιστατικού που είναι ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου (Άρθρο 3 παρ. 1, 5 &6 Νόμου 2496/1997).

.....	.....	.....	.....
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

11/2023

INTERAMERICAN