

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΖΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
(Να συμπληρωθεί από τον ασφαλισμένο)**

1. Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου: Αριθμός Ταυτότητας:
2. Αριθμός Συμβολαίου/Κάρτας Νοσηλείας:
3. Ονοματεπώνυμο Νοσηλευθέντος: Αριθμός Ταυτότητας:
4. Όνομα Νοσηλευτηρίου:
5. Ημερομηνία Εισόδου: Ωρα:
6. Ημερομηνία Εξόδου: Ωρα:
7. Ημερομηνία πρώτων συμπτωμάτων:
8. Ονόματα Ιατρών που συμβουλευτήκατε για το πιο πάνω πρόβλημα:
9. (α) Είχατε στο παρελθόν συμβουλευτεί ιατρό ή νοσηλευτεί για παρόμοιο ή ίδιο περιστατικό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- (β) Ονόματα Ιατρών:
10. Διάγνωση:
11. Αιτία Εισαγωγής:

Δήλωση και Συγκατάθεση Ασφαλιζόμενου – Ασθενή

Βεβαιώνω ότι είμαι ασθενής, ο γονέας, ή ο κηδεμόνας του ασθενούς. Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στο έντυπο αυτό είναι εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή. Για τον σκοπό της διεκπεραίωσης της απαίτησής μου δια του παρόντος συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τα οποία έχω συμπεριλάβει στο παρόν έντυπο και σε οποιαδήποτε Ιατρικά Πιστοποιητικά τα οποία τυχόν να παραχωρηθούν εκ μέρους μου στην **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**, ή συνεργάτιδα Εταιρεία που διαχειρίζεται απαιτήσεις εκ μέρους της **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**, δυνάμει της παρούσης συγκατάθεσής μου.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον γιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες τις θεραπειάς μου με την **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** ή την συνεργάτιδα Εταιρεία η οποία διαχειρίζεται τις απαιτήσεις εκ μέρους της **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**.

Συμφωνώ όπως ένα αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτοτύπου.

Υπογραφή ασθενή ή κηδεμόνα: Ημερομηνία:

**NOTIFICATION OF IN HOSPITAL CLAIM
(To be completed by insured)**

1. Name of Insured: Identity Card No.:
2. Policy No / Medical Card:
3. Name of Patient: Identity Card No.:
4. Name of Hospital:
5. Date of Entry: Time:
6. Date of exit: Time:
7. Please state date of appearance of first symptoms - complaints:
8. Names of Doctors you have consulted for the above problem:
.....
.....
9. (a) Please state whether you have suffered in the past from a similar or the same medical condition. ☐ YES ☐ NO
(b) Names of Doctors:
10. Diagnosis:
11. Reason for admission - hospitalization:
12. If a surgical procedure was carried out please state the procedure done:

Insured's Declaration and Consent

I certify that I am the patient, parent or guardian of the patient. I submit my claim and I responsibly declare that all the information and particulars provided on this form is, to the best of my knowledge, true and accurate. For the purpose of processing the claim I hereby authorize and give my consent to process my personal data that I have included in this form and any other medical certificates to be granted by me to **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** or any associate Company that manages Claims on behalf of **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**.

I consent and authorize any doctor to discuss details of my medical problem and details of my treatment with **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** and any associate company which manages the claims on behalf of **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**.

I agree that a copy of this consent form will have the validity of the original.

Signature of Insured: Date: