

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ - ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

ΜΕΡΟΣ “Α” : ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

Αρ. Συμβολαίου :

Ονοματεπώνυμο Ασφαλιζομένου :

Ημερομηνία Ασφάλισης :

Ονοματεπώνυμο Ασθενή :

Ημερομηνία Γέννησης : Συγγένεια :

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά :

Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από την ίδια αιτία, αν ΝΑΙ τότε;

Με το παρόν δηλώνω ότι απ’όσα γνωρίζω οι πιο πάνω απαντήσεις είναι σωστές και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους του Ιατρούς ή άλλα πρόσωπα τα οποία με περίθαλψαν και όλα τα Νοσοκομεία ή άλλα Ιδρύματα όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσαν απαίτηση προς την **GRAWE Cyprus**.

Ημερομηνία : Υπογραφή Ασφαλιζομένου :

ΜΕΡΟΣ “Β” ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

Ονοματεπώνυμο Ασθενή : Ηλικία :

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΣ : (Εάν η πάθηση οφείλεται σε σωματική βλάβη από ατύχημα αναφέρατε που και πώς συνέβηκε), Αν ΟΧΙ δηλώστε σαφή διάγνωση της πάθησης και επιπλοκές εάν υπάρχουν:

.....

.....

.....

1. Πότε σας συμβουλευθήκε ο ασθενής για την πιο πάνω κατάσταση; Ημερομηνία :

2. Αμοιβή Ιατρού κατ’ επίσκεψη επισκέψεις προς € = €

3. Συνταγή Ιατρού :

.....

4. ‘Άλλα έξοδα (ακτινογραφίες, αναλύσεις, νάρκωσης κ.λ.π.) Περιγράψετε :

.....

5. Υπάρχει περίπτωση περαιτέρω χειρουργικής επέμβασης : ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ‘Έξοδα για την πιο πάνω επέμβαση και ημερομηνία επέμβασης € Ημερ.:

7. Προκειμένου για εγκυμοσύνη, πότε περίπου άρχισε ; Ημερομηνία :

8. Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα ή πότε συνέβηκε το ατύχημα ; Ημερομηνία :

Ημερομηνία : Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού :

Διεύθυνση :

Τηλέφωνο : Τηλεμοιότυπο :