



KEMTER INSURANCE AGENCIES
SUB-AGENCIES AND CONSULTANTS LTD

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ/ MEDICAL INSURANCE CLAIM FORM

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

ΜΕΡΟΣ Α / SECTION A

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ - ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED / POLICYHOLDER

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλομένου / Policyholder's Name:.....

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / Patient's Name:.....

Ημερομηνία Γέννησης / Date of Birth:..... Τηλέφωνο / Telephone:.....

Αν η πάθηση οφείλεται σε σωματική βλάβη από ατύχημα αναφέρετε που και πως συνέβη. / If the ailment is due to an accident, describe where and how it happened.

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; Αν Ναι, δώστε πληροφορίες. / Have you suffered in the past from the same illness? If Yes, give details.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Αντιλαμβάνομαι πως στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης θα παρέχω τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών ως απόδειξη και για αξιολόγηση από ιατρούς που συνεργάζονται με την Εταιρεία αλλά και από την ίδια την Εταιρεία. Μου έχει εξηγηθεί επίσης πως τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ως εκάστοτε τροποποιείται, η Εταιρεία επεξεργάζεται μόνο όσα δεδομένα είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης. Γνωρίζω, επιπλέον, πως τα δεδομένα μου, ενδέχεται να διαβιβαστούν και να καταστούν προσιτά και από φυσικά ή νομικά πρόσωπα με τα οποία, κατά καιρούς διατηρεί η Εταιρεία συμβάσεις για την ορθή και με βάση τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων αποζημίωση μου.

Περαιτέρω εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς ή/και άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία.

DECLARATION

I hereby declare that all information on this form is true, accurate and complete. At the stage of claims compensation I consent to provide the results of my medical and diagnostic examinations and therapies as evidence and for evaluation by the Company and by the contracted doctors of the Company. It has been clarified to me that according to the provisions of the Processing of Personal Data (Protection of Individuals) Regulation (EU) 2016/679, as amended each time, the Company processes the data only which is completely related and indispensable for the purpose of examining my claim, to decide whether it will compensate me according to the terms of my Insurance Policy or/and determine the amount of compensation. I am also aware that my data may transfer to and be accessible by individuals or legal entities contracted by the Company from times to times for the correct and according to the terms of my insurance policy compensation.

Furthermore, I authorise all medical practitioners and/or other persons who provided treatment to me and all hospitals or other institutions or insurance companies, to provide full information regarding this claim of requested by the company.

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία / Date: ____/____/____

ΜΕΡΟΣ Β / SECTION B

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING MEDICAL PRACTITIONER

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / Patient's Name:.....

Ο πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις / The above patient consulted me on ____/____/____ και βρήκα να πάσχει από / and found him/her suffering from

Έχει ο ασθενής λάβει θεραπεία για αυτή την ασθένεια ή ατύχημα ή έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοιο περιστατικό; **Αν Ναι, δώστε πληροφορίες** / Has the patient in the past take treatment for this illness or accident did he/she suffer or was hospitalised for a similar incident? If Yes, provide details:

Ημερομηνία πρώτο εμφάνισης των συμπτωμάτων της ασθένειας / Date symptoms of the illness first appeared:

Παίρνει ο ασθενής οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή (ή έχει παραλήψει κάποια δόση) η οποία θα προκαλούσε τέτοια συμπτώματα; / Is the patient taking any medication (or he/she has missed a dose) that would cause such symptoms?

Έχω συμβουλευσει την ακόλουθη θεραπεία / I have recommended the following treatment:

ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ / PRESCRIPTION MEDICATION

Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the attending Medical Practitioner

1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ / LABORATORY TESTS

Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the attending Medical Practitioner

1. 2. 3. 4.
6. 6. 7. 8.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ – ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ / DIAGNOSTIC TESTS X-RAY, MRI, CT SCAN, ULTRASOUND

Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the attending Medical Practitioner

1.
2.
3.

Όνομα Θεράποντος Ιατρού / Attending Medical Practitioner's Name.....

Ειδικότητα Θεράποντος Ιατρού / Attending Medical Practitioner's Specialisation

Τηλέφωνο Επικοινωνίας / Contact Telephone

Υπογραφή Θεράποντος Ιατρού και σφραγίδα
Attending Medical Practitioner's Signature & stamp

Ημερομηνία ____/____/____
Date

ΜΕΡΟΣ Γ / SECTION C

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΚΛΙΝΙΚΗ / TO BE COMPLETED BY THE HOSPITAL OR CLINIC

Ημερομηνία Εισαγωγής : ____/____/____
Date of Admission:

Ημερομηνία Εξιτηρίου ____/____/____
Date of Discharge:

Υπογραφή από Νοσοκομείο ή Κλινική και σφραγίδα
Hospital or Clinic Signature & stamp

Ημερομηνία ____/____/____
Date

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ **ΕΝΤΟΣ 45 ΗΜΕΡΩΝ** ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

THIS FORM MUST BE **ACCOMPANIED** BY ALL RELEVANT **ORIGINAL** RECEIPTS, INVOICES, REPORTS **WITHIN 45 DAYS** OF THE INCIDENT