bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας
Πρόγραμμα «Φάρμακα»

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 H H M M E E E E
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 H H M M E E E E
Α.Φ.Μ. _|_|_|_|_|_|_|_|_ Δ.Ο.Υ. ..... Α.Δ.Τ. _|_|_|_|_|_|_|_ ΑΜΚΑ .....
Διεύθυνση: Οδός & αριθμός ..... Τ.Κ. _|_|_|_|_ Πόλη/Περιοχή.....
Κινητό _|_|_|_|_|_|_|_|_ E-mail..... IBAN _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

◯ Αντίγραφο της εκτελεσμένης ηλεκτρονικής συνταγής.
◯ Πρωτότυπη απόδειξη αγοράς φαρμάκων

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