bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αναγγελία Αποζημίωσης Υγείας
Πρόγραμμα «Νοσηλεία μόνο από ατύχημα»

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 _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_|_ _|_|_

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 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

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ & ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε με αριθμό την ποσότητα για κάθε δικαιολογητικό που επισυνάπτετε

Έξοδα επειγόντων περιστατικών
- ◯ Γνωμάτευση εφημερεύοντος γιατρού, η οποία να αναφέρει τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα κατά την προσέλευση
- ◯ Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν έχουν πραγματοποιηθεί)
- ◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις

Έξοδα νοσηλείας
- ◯ Γνωμάτευση γιατρού που εκτίμησε το περιστατικό, όταν συνέβη το ατύχημα
- ◯ Αποτελέσματα σχετικών με το ατύχημα απεικονιστικών εξετάσεων που προηγήθηκαν της νοσηλείας
- ◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
- ◯ Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας με πλήρες ιατρικό ιστορικό
- ◯ Φάκελος νοσηλείας
- ◯ Πρωτότυπα τιμολόγια και εξοφλητικές αποδείξεις
- ◯ Πρωτότυπες αποδείξεις αμοιβών γιατρών
- ◯ Πρωτότυπες αποδείξεις φαρμάκων και τιμολόγια ειδικών υλικών
- ◯ Πρακτικό χειρουργείου (μόνο σε περιπτώση χειρουργικής επέμβασης)
- ◯ Βιβλιάριο ασθενείας και συνταγολόγιο

Σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό
- ◯ Τα παραπάνω πρωτότυπα δικαιολογητικά θεωρημένα από το ελληνικό προξενείο του τόπου νοσηλείας και μεταφρασμένα στα ελληνικά

Αμοιβή αποκλειστικής νοσοκόμας
- ◯ Γνωμάτευση γιατρού για την αναγκαιότητα
- ◯ Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών, σφραγισμένη και υπογεγραμμένη από την προϊσταμένη του Τομέα Νοσηλείας

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

Επίδομα σε δημόσιο νοσοκομείο
- ◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
- ◯ Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας με πλήρες ιατρικό ιστορικό
- ◯ Φάκελος νοσηλείας
- ◯ Πρακτικό χειρουργείου (μόνο σε περιπτώση χειρουργικής επέμβασης)

Έξοδα πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση
- ◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το νοσοκομείο
- ◯ Γνωμάτευση γιατρού για την αναγκαιότητα των εξετάσεων ή ιατρικών πράξεων
- ◯ Πρακτικό χειρουργείου
- ◯ Πρωτότυπα τιμολόγια, εξοφλητικές αποδείξεις και δελτία παροχής υπηρεσιών
- ◯ Αποτελέσματα εξετάσεων

Επίδομα αποθεραπείας σε Κέντρο Αποκατάστασης
- ◯ Γνωμάτευση θεράποντος γιατρού για την αναγκαιότητα
- ◯ Εισιτήριο-εξιτήριο από το Κέντρο Αποκατάστασης

Έξοδα νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι
- ◯ Γνωμάτευση θεράποντος γιατρού για την αναγκαιότητα
- ◯ Πρωτότυπα τιμολόγια, εξοφλητικές αποδείξεις και δελτία παροχής υπηρεσιών, στα οποία θα πρέπει να αναφέρεται το είδος των νοσηλευτικών υπηρεσιών

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