

Αναγγελία Αποζημίωσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ-συμπληρώστε τον αριθμό συμβολαίου όποιου προγράμματος είναι σε ισχύ

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα:

Αριθμ. Συμβολαίου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ./ΑΔΤ:

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή, Πόλη):

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ./ΑΔΤ:

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή, Πόλη):

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Αριθμός Λογαριασμού IBAN:



ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου
- Πρωτότυπα τιμολόγια και οι εξοφλητικές αποδείξεις τους
- Πρωτότυπες αποδείξεις αμοιβών ιατρών
- Πρωτότυπες αποδείξεις αποκλειστικής νοσοκόμας
- Πρωτότυπα εξοφλημένα τιμολόγια ειδικών υλικών και φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν
- CD/DVD βιντεοσκοπημένης επέμβασης
- Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου
- Πόρισμα ιστολογικής εξέτασης βιοψίας
- Αντίγραφο βιβλιαρίου ασθενείας
- Αντίγραφο συνταγολογίου
- Φωτοτυπίες των πρωτότυπων παραστατικών που έχουν κατατεθεί σε άλλο ασφαλιστικό φορέα
- Πρωτότυπη απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα με ανάλυση για το ποσό που κατέβαλε
- Πρωτότυπη βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα για την εφορία
- Επίσημη μετάφραση παραστατικών επικυρωμένων από Ελληνική προξενική αρχή (για νοσηλίες εκτός Ελλάδας)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου
- Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου



ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου
- Πρωτότυπη απόδειξη
- Γνωμάτευση ιατρού
- Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

- Πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής της συμμετοχής
- Αντίγραφο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας

Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που έχω συμπληρώσει παραπάνω είναι ακριβή και πλήρη και προσκομίζω τα απαραίτητα δικαιολογητικά που σημειώνω με ✓, προκειμένου να λάβω αποζημίωση.

Επίσης, εξουσιοδοτώ κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που διαθέτει ιατρικό φάκελο του Ασφαλισμένου, να δώσει στην Εταιρία «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής Α.Ε.» πληροφορίες και έγγραφα που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του, τόσο για την αποζημίωση, όσο και για τη διαπίστωση ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του Άρθρου 3 του Νόμου 2496/1997, σχετικά με την παράβαση υποχρέωσης δήλωσης κάθε στοιχείου αντικειμενικά σημαντικού για την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.

Ημερομηνία

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

✓