

## ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

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

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΑΡΙΘ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ./ΑΔΤ
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (οδός, αριθμός, τκ, περιοχή, πόλη)</b>	<b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>	<b>E-MAIL</b>	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ./ΑΔΤ
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (οδός, αριθμός, τκ, περιοχή, πόλη)</b>	<b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>	<b>E-MAIL</b>	
<b>Αριθμός λογαριασμού IBAN</b>			

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Εισιτήριο-Εξιτήριο  | <input type="checkbox"/> Πόρισμα ιστολογικής εξέτασης βιοψίας   |
| <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου  | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο βιβλιαρίου ασθενείας   |
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπα τιμολόγια και οι εξοφλητικές αποδείξεις τους                          | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο συνταγολογίου  |
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπες αποδείξεις αμοιβών ιατρών  | <input type="checkbox"/> Φωτοτυπίες των πρωτότυπων παραστατικών που έχουν κατατεθεί σε άλλο ασφαλιστικό φορέα |
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπες αποδείξεις αποκλειστικής νοσοκόμας                                   | <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα με ανάλυση για το ποσό που κατέβαλε       |
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπα εξοφλημένα τιμολόγια ειδικών υλικών και φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν | <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα για την εφορία                                 |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CD/DVD βιντεοσκοπημένης επέμβασης | <input type="checkbox"/> Επίσημη μετάφραση παραστατικών επικυρωμένων από Ελληνική προξενική αρχή (για νοσηλείες εκτός Ελλάδας) |
| <input type="checkbox"/> Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου  |  |

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Εισιτήριο-Εξιτήριο | <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου |
|---|---|

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Εισιτήριο-Εξιτήριο               | <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου |
| <input type="checkbox"/> Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου |   |

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου | <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη απόδειξη                  |
| <input type="checkbox"/> Γνωμάτευση ιατρού                | <input type="checkbox"/> Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων |

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής της συμμετοχής | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης |
|---|---|

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Εισιτήριο-Εξιτήριο | <input type="checkbox"/> 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 «INTERAMERIKAN 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

✓