



TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**  
**TRUEcare**

Αρ. Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου: ..... Κυρίως Ασφαλιζόμενος:..... Τηλέφωνο: .....

Όνομα Ασθενούς: ..... Ημερ. Γέννησης: .....

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ**

**ΜΕΡΟΣ Α – ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

**Δήλωση Θεράποντα Ιατρού**

Ο υπογράφων ιατρός με ειδικότητα ..... εξέτασα σήμερα τον πιο πάνω αναφερόμενο ασθενή και διέγνωσα ότι αυτός/η πάσχει από .....

Όνομα Θεράποντα Ιατρού

Υπογραφή

Τηλέφωνο

Ημερομηνία

**ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ** Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού

Ημερομηνία

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ** Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού

Ημερομηνία

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ** Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού

Ημερομηνία

**ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ/ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:**

ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Διάγνωση (Αν η ασθένεια οφείλεται σε τραυματισμό από ατύχημα, τότε και πως συνέβη, τότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα )

Είχατε υποφέρει στο παρελθόν από την ίδια δυσλειτουργία; Αν ναι εξηγήστε

Δώστε ονόματα και ημερομηνίες όλων των Ιατρών που σας έχουν εξετάσει για την παρούσα δυσλειτουργία:

1..... Date: ..... Tel: .....

2..... Date: ..... Tel: .....

**ΔΗΛΩΣΗ**

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην ασφαλιστική εταιρεία TRUST INTERNATIONAL INSURANCE (CYPRUS) COMPANY LTD, ως εξουσιοδοτημένο κάτοχο, τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών (από θεράποντα Ιατρό/Νοσοκομεία/Κλινικές, άλλα ιατρικά ιδρύματα ή και άλλη ασφαλιστική εταιρεία) για αξιολόγηση από ιατρούς που συνεργάζονται με την TRUST INTERNATIONAL INSURANCE (CYPRUS) COMPANY LTD, τηρουμένων των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(Ι) του 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης».

Ιδιοκτήτης συμβολαίου/ασφαλισμένος : .....

Ημερομηνία: .....

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ:**

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΙΑΤΡΟΥ/ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ/ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (αναλύσεις, ακτινογραφίες, κτλ)

€

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ