

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Μέρος Α' – Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Αρ. Ατομικού Συμβολαίου: _____	Ημερ. Ασφάλισης: _____
Αρ. Ομαδικού Συμβολαίου (εάν υπάρχει): _____	
Όνοματεπώνυμο Αντισυμβαλλομένου: _____	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου: _____	
Ημερ. Γεννήσεως: _____	Διεύθυνση Κατοικίας: _____
Περιοχή: _____	T.K.: _____ Τηλ.: _____
E-MAIL : _____	Κιν.Τηλ : _____
IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: ΤΡΑΠΕΖΑ: _____	GR _____

Περιγραφή Ασθενείας:
Παρακαλούμε περιγράψτε πότε παρουσιάσθηκαν τα πρώτα συμπτώματα:
Είχατε παρόμοια συμπτώματα για την ίδια πάθηση προηγουμένως; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αναφέρατε τα ονόματα όλων των γιατρών και τις ημερομηνίες που σας εξέτασαν γι' αυτήν την πάθηση:
1 Ημερομηνία: _____ Τηλ: _____
2 Ημερομηνία: _____ Τηλ: _____
3 Ημερομηνία: _____ Τηλ: _____
Τι εξετάσεις συνέστησε ο θεράπων ιατρός:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και εξουσιοδοτώ το Νοσοκομείο _____ και τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που έχω επισκεφτεί να παρέχουν στην MetLife Alico και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτήν πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία, κατά την έννοια του νόμου 2472/1997, των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων μου από την MetLife Alico, με σκοπό την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγειλα.

Με τη δήλωση αυτή βεβαιώνω ότι είμαι δεν είμαι υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ. Επίσης είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των ΗΠΑ θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των ΗΠΑ.(Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης συμπληρώνονται τα πιο κάτω)
 ΑΦΜ (ΗΠΑ) ασφαλισμένου :
 ΑΦΜ (ΗΠΑ) του δικαιούχου-ων :
 Επιθυμώ την ενημέρωση για νέα προϊόντα-παροχές της Εταιρίας : ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία: _____	Υπογραφή Ασφαλισμένου: _____
-------------------	------------------------------

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – Δήλωση Ιατρού

Μέρος Β' – Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό

Όνομ/μο Ασθενούς:	Ημερ. Γεννήσεως:
-------------------	------------------

Συμπτώματα Ασθενείας:
Αιτία της Νόσου:
Έχει κατά την τελευταία πενταετία παρουσιάσει συμπτώματα ή έχει νοσηλευτεί ο ασθενής συνεπεία της νόσου;
Από πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα της νόσου; (Αν δεν γνωρίζετε ακριβώς αναφέρατε περίπου):
Εξετάσθηκε ο ασθενής για πρώτη φορά σχετικά μ' αυτήν την πάθηση (ακριβής ημερομηνία):
Εξετάσθηκε ο ασθενής για την ίδια ή παρόμοια πάθηση από άλλον ιατρό στο παρελθόν; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε;
Κλινικές διαπιστώσεις και διάγνωση (λεπτομερώς):
Περιγράψτε τη θεραπεία που συστήθηκε και τα φάρμακα που τον συμβουλέψατε να πάρει:
Παρακαλούμε αναφέρατε το διάστημα που συνεστήθη στον ασφαλισμένο να απέχει από την εργασία του (εφ' όσον υπάρχει περίπτωση ανικανότητας):
Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (Αν ΟΧΙ, δώστε διευκρινίσεις):

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:	
Ειδίκευση:	
Υπογραφή Ιατρού:	Ημερομηνία:
Σφραγίδα	