

ΜΕΡΟΣ Α – Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη της Σύμβασης (για Ατομική Σύμβαση) ή το Κυρίως Ασφαλισμένο Μέλος (για Ομαδική Σύμβαση) και τον Ασφαλισμένο Ασθενή

Όνομα Ιδιοκτήτη Σύμβασης: _____ Αρ. Σύμβασης: _____

Όνομα Κυρίως Ασφαλισμένου Μέλους (μόνο σε περίπτωση Ομαδικής Σύμβασης): _____

Αρ. Ταυτότητας Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____ e-mail Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____

Αρ. τηλεφώνου Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____ Αρ. Κινητού Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____

Όνομα Ασφαλισμένου Ασθενή: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερ. Γεννήσεως: _____

Αρ. τηλεφώνου Ασφαλισμένου Ασθενή: _____ Αρ. Κινητού Ασφαλισμένου Ασθενή: _____

Συμπτώματα Πάθησης: _____ Ημερομηνία Πρώτων Συμπτωμάτων: _____

Ο Ασθενής έπασχε στο παρελθόν από αυτή την αιτία; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ Πότε; _____

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά.

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____ Ημερ.: _____

* Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτε Ασφαλισμένου Ασθενή κάτω των 18 ετών.

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη (για Ατομική Σύμβαση) ή Κυρίως Ασφαλισμένου Μέλους (για Ομαδική Σύμβαση): _____ Ημερ.: _____

Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Για σκοπούς αξιολόγησης και διεκπεραίωσης της παρούσας απαίτησης (η «Απαίτηση»), καθώς επίσης και για σκοπούς τήρησης των όρων της ασφαλιστικής σύμβασης στην οποία είστε ασφαλισμένος/η (η «Ασφαλιστική Σύμβαση»), θα πρέπει να προβούμε σε επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα («Ευαίσθητα Δεδομένα»). Η επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων αφορά αποκλειστικά τα δεδομένα υγείας σας ως ασφαλισμένο πρόσωπο και περιορίζεται στα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση και διεκπεραίωση της Απαίτησης ή/και για την αξιολόγηση της τήρησης των όρων της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

Αποδέκτες των Ευαίσθητων Δεδομένων είναι τα αρμόδια άτομα μέλη του προσωπικού μας και του προσωπικού της Mednet S.A. (ο ανεξάρτητος διαχειριστής απαιτήσεων με τον οποίο συνεργαζόμαστε) καθώς επίσης και οι σχετικοί προς την απαίτηση σας συνεργάτες μας, οι οποίοι υπόκεινται σε υποχρέωση για τήρηση της αρχής του απορρήτου. Αποδέκτης των Ευαίσθητων Δεδομένων σας δύναται να είναι και ο Ιδιοκτήτης της Ασφαλιστικής Σύμβασης αν είναι ξεχωριστό πρόσωπο.

Σημειώνουμε ότι έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων σας οποιαδήποτε στιγμή. Σε τέτοια περίπτωση όμως πιθανό να μην μπορούμε να διεκπεραιώσουμε την Απαίτηση σας. Περισσότερες πληροφορίες για τα δικαιώματά σας σε σχέση με τα προσωπικά σας δεδομένα, καθώς επίσης και για τον τρόπο διαχείρισης των δεδομένων σας από εμάς βρίσκονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας που διατίθεται στην ιστοσελίδα: www.eurolife.com.cy κάτω από την ενότητα «Επικοινωνία/Ερωτήματα & Έντυπα».

Με την υπογραφή σας πιο κάτω, δίνετε τη ρητή συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων (δηλαδή των δεδομένων που αφορούν την υγεία σας) για τους πιο πάνω αναφερόμενους σκοπούς.

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____ Ημερ.: _____

* Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτε Ασφαλισμένου κάτω των 18 ετών.

ΜΕΡΟΣ Β – Να συμπληρωθεί από τον Θεράποντα Ιατρό

Όνομα Ασθενή: _____ Ηλικία: _____

Διάγνωση (εάν πρόκειται για εγκυμοσύνη τότε περίπου άρχισε;) _____

Ποια τα συμπτώματα του ασθενή; _____

Πότε πρωτοεμφανίστηκαν; _____ Ημερ. Ατυχήματος (αν ισχύει): _____

Ημερομηνίες προηγούμενων επισκέψεων (σχετικών με αυτή την ιατρική κατάσταση): _____

Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν και πότε: _____

Συνταγή

Συνιστάτε περαιτέρω ακτινογραφίες, εργαστηριακές εξετάσεις ή άλλη θεραπεία; _____

Αν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση, δώστε λεπτομέρειες: Εντός νοσοκομείου/ κλινικής Εξωτερικά Ιατρεία

Ημερομηνία επέμβασης: _____ Νοσοκομείο/κλινική που έγινε: _____

Είναι η πρώτη φορά που ο ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια/ τραυματισμό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πώς αντιμετωπίστηκε; _____

ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

Εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω οι απαντήσεις στις πιο πάνω ερωτήσεις είναι πλήρεις και ακριβείς.

Όνομα Ιατρού: _____ Τηλέφωνο: _____

Ειδικότητα: _____ Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού: _____ Ημερ.: _____

Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της απαίτησης σας, παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνείτε με την MedNet στο τηλέφωνο 22463033