

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

Όνομα Κυρώς Ασφαλισμένου Μέλους (μόνο σε περίπτωση Ομαδικής Σύμβασης): \_\_\_\_\_

Όνομα Ιδιοκτήτη Σύμβασης: \_\_\_\_\_

Αρ. Σύμβασης: \_\_\_\_\_

Όνομα Ασφαλισμένου Ασθενή: \_\_\_\_\_

### ΔΗΛΩΣΗ

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

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή\*: \_\_\_\_\_

Ημερ.:        /        /

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

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη (για Ατομική Σύμβαση): \_\_\_\_\_

Ημερ.:        /        /

### ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

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 απαίτησή 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 Απαίτησή 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](http://www.eurolife.com.cy)

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

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή\*: \_\_\_\_\_

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

Ημερ.:        /        /

## 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 απαίτησής 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

**eurolife**

EuroLife Ltd. Διεύθυνση Κεντρικών Γραφείων: EuroLife House, Έβρου 4, 2003 Στρόβολος, Λευκωσία,  
Τηλ.: 22 124000, Φαξ: 22 125527, [www.eurolife.com.cy](http://www.eurolife.com.cy)