

Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι το έντυπο αίτησης είναι ΠΛΗΡΩΣ συμπληρωμένο.

Συμβαλλόμενος

Αρ. Συμβολαίου

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Ασφαλισμένος

Τηλ.

Όνομα Ασθενή

Ημ. Γέννησης

Αρ. Ταυτ. / Διαβατ.:

Λεπτομέρειες για την πάθηση / τραυματισμό

Ασθένεια / Τραυματισμός

Ημερομηνία ατυχήματος

Συμπτώματα

Ημερ. εμφάνιση συμπτ.

Έχετε λάβει θεραπεία στο παρελθόν;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

ΠΟΤΕ

Κλινική / Νοσοκομείο

Όνομα Θεράποντος Ιατρού

Συγκατατίθεται όπως η πληρωμή της απαίτησης μου, καταβληθεί με έμβασμα στον τραπεζικό λογαριασμό που σας έχω δηλώσει για να γίνεται με τη μέθοδο της αυτόματης χρέωσης, η πληρωμή των ασφαλίσεων του συμβολαίου μου.

Παρακαλώ όπως η πληρωμή της απαίτησης μου, καταβληθεί με έμβασμα στον τραπεζικό λογαριασμό του οποίου σας επισυνάπτω έντυπο IBAN.

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ Εξέτασα τον πιο πάνω ασθενή και συνέστησα τις πιο κάτω αναλύσεις/ακτινογραφίες/φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της διαγνωσθείσας κατάστασης

Αρχική διάγνωση

Τελική διάγνωση

Διαγνωστικές Εξετάσεις (επισυνάψετε αποτελέσματα)

Φαρμακευτική αγωγή

Προτεινόμενη Θεραπεία

Χειρουργική

Συντηρητική

Άλλο

Δώστε λεπτομέρειες

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά και περιγραφή

Όνομα προηγούμενου γιατρού και ημερομηνία εξέτασης του ασθενούς για το περιστατικό

Πότε σας επισκέφθηκε για πρώτη φορά;

Έχει αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία: Αν ΝΑΙ πότε;

Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πότε συνέβηκε

Σε περίπτωση νοσηλείας ποια είναι η κλινική εικόνα του ασθενούς κατά την εισαγωγή

Ιατρικό ιστορικό παρούσης και προηγούμενης ιατρικής κατάστασης / Παράγοντες που επέβαλαν την εισαγωγή

Είναι η πρώτη φορά που ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία για αυτή την ασθένεια / τραυματισμό;

Αν ΟΧΙ πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πως αντιμετωπίστηκε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια, οποιαδήποτε άλλη πάθηση ή σύνδρομο;

Περιγράψτε

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ημερομηνία
ΕισαγωγήςΗμερομηνία
ΕξόδουΠροβλεπόμενη διάρκεια
παραμονής στο νοσηλεύτήριοΠροβλεπόμενο κόστος
θεραπείας

Όνοματεπώνυμο ιατρού

Ειδικότητα

Τηλέφωνο

Επωνυμία Κλινικής - Νοσοκομείου

Υπογραφή ιατρού

Ημερ. Εξέτασης

Δήλωση του ασθενούς και συγκατάθεση

Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον γιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την Εθνική Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ.

Συμφωνώ πως αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

Υπογραφή

Ημερομηνία

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Εθνικής Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ («η Εταιρία») για:
 - την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία.
 - τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι και ότι η τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση της σύμβασης ασφάλισης με άμεση ισχύ.
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ρητής συναινέσεώς μου η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας, ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες έρευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία.

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:.....

Τόπος Υπογραφής: