



ΜΕΡΟΣ Α – Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Αρ. Ασφαλιστηρίου:	
Όνομα Ασφαλισμένου:	Αρ. Ταυτότητας:
Όνομα Ασθενούς:	Ημερ. Γέννησης:
Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

Περιγραφή Ασθένειας / Ατυχήματος:

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

Είχε ο ασθενής την ίδια πάθηση προηγουμένως;

Δώστε ονόματα και ημερομηνίες όλων των γιατρών που εξέτασαν τον ασθενή γι' αυτή την πάθηση:

1..... Ημερ.:..... Τηλ.:.....

2..... Ημερ.:..... Τηλ.:.....

3..... Ημερ.:..... Τηλ.:.....

Τι θεραπεία/φάρμακα συνέστησε ο γιατρός;

Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή οργανισμό και ποιό ποσό;

ΔΗΛΩΣΗ
 Δηλώνω ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθείς και ορθές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς που καθ' οιονδήποτε χρόνο εξέτασαν τον ασθενή να εφοδιάσουν την Universal Life με οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες τους ζητήσει. Δηλώνω επίσης ότι το ολικό ποσό το οποίο πληρώθηκε σύμφωνα με τις αποδείξεις που επισυνάπτω για τη σημερινή πάθηση του ασθενούς ανέρχεται στο ποσό των €.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου..... Ημερομηνία:.....

ΜΕΡΟΣ Β – ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (επισυνάψετε πρωτότυπα αποδείξεων)

Ημερομηνία Εισόδου:	Ημερομηνία Εξόδου:
1. Έξοδα παραμονής: ημέρες προς €.....	€.....
2. Αμοιβή Χειρουργού	€.....
3. Νοσηλευτικά Έξοδα: Έξοδα Χειρουργείου.....	€.....
Αναισθησιολόγος.....	€.....
Αναλύσεις/Ακτινογραφίες.....	€.....
Φάρμακα (αναφέρετε αναλυτικά είδη και ποσότητες).....	€.....
.....	€.....
4. Άλλα έξοδα (περιγράψτε):.....	€.....
.....	€.....
Σύνολο Εξόδων.....	€.....
.....	Ημερομηνία:.....
Υπογραφή & Σφραγίδα Κλινικής/Νοσοκομείου	
Όνομα:.....	Τηλ.:.....

ΜΕΡΟΣ Γ – ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Όνομα Ασθενούς:

Ημερ. Γεννήσεως:

Ασθένεια Ατύχημα Συμπτώματα:

1. Αιτία του Ατυχήματος/Ασθένειας:

2. Από πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα; (Αν δεν γνωρίζετε ακριβώς δώστε περίπου):

3. Πότε εξετάσατε τον ασθενή για πρώτη φορά σχετικά μ' αυτή την πάθηση; (ακριβής ημερομηνία):

4. Εξετάσθηκε ο ασθενής για την ίδια ή παρόμοια πάθηση από άλλο γιατρό στο παρελθόν; Αν ναι, από ποιόν και πότε;

5. Κλινικές διαπιστώσεις:

6. Προκειμένου περί ατυχήματος, υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του ατυχήματος (αν ναι, περιγράψτε λεπτομερώς):

7. Περιγράψτε τη θεραπεία που ακολουθήθηκε και τα φάρμακα που τον συμβουλέψατε να πάρει:

8. Διάγνωση (λεπτομερώς)

9. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; (εάν όχι δώστε εξηγήσεις)

Αμοιβή Γιατρού:

Υπογραφή Γιατρού:

Ημερομηνία:

Όνομα:

Ειδικότητα:

Γνωμάτευση και σχόλια γιατρού της Εταιρείας:

Όνομα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: