

## Αναγγελία Αποζημίωσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ-συμπληρώστε τον αριθμό συμβολαίου όποιου προγράμματος είναι σε ισχύ

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα:

Αριθμ. Συμβολαίου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ./ΑΔΤ:

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή, Πόλη):

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ./ΑΔΤ:

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή, Πόλη):

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Αριθμός Λογαριασμού IBAN:

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου
- Πρωτότυπα τιμολόγια και οι εξοφλητικές αποδείξεις τους
- Πρωτότυπες αποδείξεις αμοιβών ιατρών
- Πρωτότυπες αποδείξεις αποκλειστικής νοσοκόμας
- Πρωτότυπα εξοφλημένα τιμολόγια ειδικών υλικών και φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν
- CD/DVD βιντεοσκοπημένης επέμβασης
- Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου
- Πόρισμα ιστολογικής εξέτασης βιοψίας
- Αντίγραφο βιβλιαρίου ασθενείας
- Αντίγραφο συνταγολογίου
- Φωτοτυπίες των πρωτότυπων παραστατικών που έχουν κατατεθεί σε άλλο ασφαλιστικό φορέα
- Πρωτότυπη απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα με ανάλυση για το ποσό που κατέβαλε
- Πρωτότυπη βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα για την εφορία
- Επίσημη μετάφραση παραστατικών επικυρωμένων από Ελληνική προξενική αρχή (για νοσηλείες εκτός Ελλάδας)

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

- Εισιτήριο-Εξιτήριο
- Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου
- Αντίγραφο πρακτικού χειρουργείου

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΞΟΔΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσοκομείου | <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη απόδειξη                  |
| <input type="checkbox"/> Γνωμάτευση ιατρού                | <input type="checkbox"/> Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων |

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής της συμμετοχής | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης |
|---|---|

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Εισιτήριο-Εξιτήριο | <input type="checkbox"/> Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας |
|---|---|

- Βεβαιώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και πλήρη.
- Προσκομίζω τα δικαιολογητικά που σημειώνω.
- Εξουσιοδοτώ κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που διαθέτει ιατρικό φάκελό μου, να δώσει στην Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ» κάθε πληροφορία ή έγγραφο που αφορά την κατάσταση της υγείας μου και σχετίζεται με την αποζημίωση που ζητώ να μου καταβληθεί, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου μου, προκειμένου να διαπιστωθεί ότι δεν συντρέχει εκ μέρους μου περίπτωση παραβίασης των εκ του νόμου υποχρεώσεών μου για τη δήλωση – κατά τη σύναψη της ασφάλισης – κάθε στοιχείου ή περιστατικού που είναι ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου (Άρθρο 3 παρ. 1, 5 & 6 Νόμου 2496/1997).

---

Ημερομηνία

---

Υπογραφή Συμβαλλόμενου