

Μέρος Β -Συμπληρώνεται από τον Ιατρό ή το Κλινικό Εργαστήριο/To be completed by the Doctor or Clinical Laboratory	
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / DIAGNOSTIC EXAMINATIONS	
1. Ιατρική Επίσκεψη & ΗΚΓ / Consultation & ECG	2.ΕΤΗΣΙΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ/ ANNUAL BLOOD TEST
Βάρος : Ύψος: Weight Height	1. Full Blood count 2. Glucose 3. Cholesterol (total) 4. Triglycerides 5. Uric Acid 6. Creatinine 7. Bilirubin 8. SGPT 9. ESR 10. Urine Analysis 11. HDL 12. LDL 13. Iron
Αρτηριακή Πίεση: /..... Blood Pressure	
Γενικά Σχόλια – Παρατηρήσεις / General Comments – Observations:	
Ημερομηνία/ Date :	
Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού ή Κλινικού Εργαστηρίου/ Doctor's or Clinical Laboratory Signature and Stamp	
.....	

Διαδικασία υποβολής απαίτησης για Ετήσιο Check-up

- Το παρόν παραπεμπτικό θα πρέπει απαραίτητα να προσκομίζεται από το ασφαλισμένο άτομο κατά την επίσκεψή του σε Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο που ανήκει στο “**Δίκτυο Συμβαλλομένων Ιατρών και Κλινικών Εργαστηρίων**” της MetLife.
- Το Μέρος Α του παρόντος εντύπου θα συμπληρώνεται από τον Ασφαλιζόμενο και το Μέρος Β από τον Ιατρό ή το Κλινικό Εργαστήριο.
- Το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποστέλλεται εντός 60 ημερών **από τον Συμβαλλόμενο Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο** μαζί με το πρωτότυπο τιμολόγιο στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας μας – Τμήμα Αποζημιώσεων.
- Η πληρωμή του τιμολογίου θα γίνεται απευθείας στον Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο.

Annual Check-up claim submission process

- This referral is required to be presented by the Insured during his/her consultation to one of the Doctors or Clinical Laboratories that are cooperating with MetLife.
- Part A of the existing form will be completed by the Insured and Part B by the Doctor or Clinical Laboratory.
- This form will have to be sent by the **Doctor or Clinical Laboratory** along with the original invoice to the Company's Head Office – Claims Department within 60 days.
- Payment of the invoice will be made **directly** to the Doctor or Clinical Laboratory.