

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΤΗΣΙΟ CHECK-UP/ ANNUAL CHECK-UP REFERRAL FORM

Αρ. Απαίτησης / Claim Number:

Μέρος Α - Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο / To be completed by the Insured

Αριθμός Συμβολαίου / Policy No.	
Επωνυμία Εταιρείας / Company Name (Σε περίπτωση που αφορά ομαδική ασφάλιση / If applicable to group insurance)	
Όνοματεπώνυμο Κυρίως Ασφαλισμένου / Fullname of Main Insured	
Ημερομηνία Γεννήσεως / Date of Birth	
Αριθμός Ταυτότητας / Identification. Card.No.	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας / Telephone No.	

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / Fullname of Patient (Σε περίπτωση που διαφέρει από τον κυρίως ασφαλισμένο / In case details differ from the main insured)	
Ημερομηνία Γεννήσεως / Date of Birth	
Αριθμός Ταυτότητας / Identification. Card. No.	

Σε περίπτωση που διαφανεί κατά την αξιολόγηση της απαίτησης ότι ο ασφαλισμένος δεν δικαιούται το πιο κάτω ωφέλημα με βάση τους όρους και τις προϋποθέσεις του συμβολαίου, η MetLife δεν θα έχει την υποχρέωση να αποζημιώσει τη σχετική απαίτηση. Σε τέτοια περίπτωση ο ασφαλισμένος έχει την αποκλειστική ευθύνη να προβεί ο ίδιος στην εξόφληση του κόστους εξετάσεων / αναλύσεων στις οποίες αφορά η απαίτηση. Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τα όσα αναφέρονται πιο πάνω και εξουσιοδοτώ τη MetLife να εξοφλήσει το κόστος των ανωτέρω εξετάσεων με βάση τους όρους και τις προϋποθέσεις του συμβολαίου.

If during the assessment of the claim it appears that the insured is not entitled to the below benefit pursuant to the policy's terms and conditions, MetLife shall not liable to settle the claim. In such case, the insured shall be responsible to settle the costs of the laboratory tests / diagnostic examinations to which the claims relates. I hereby declare that I accept the above and I authorize MetLife to settle directly the costs of the aforementioned examinations pursuant to the the policy's terms and conditions.

Μέρος Β - Συμπληρώνεται από τον Ιατρό ή το Κλινικό Εργαστήριο / To be completed by the Doctor or the Clinical Laboratory

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / DIAGNOSTIC EXAMINATIONS



Ηλεκτροκαρδιογράφημα / Electrocardiogram	€25	
Δοκιμασία Κόπωσης / Exercise Stress Test	€135	
2D Υπερηχοκαρδιογράφημα με Doppler / 2D Echocardiogram with Doppler	€150	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ / LABORATORY TESTS



16 ετών και κάτω / Kids Up to 16 yo	€45	
17-45 ετών γυναικών / Women 17-45 yo	€65	
17-45 ετών ανδρών / Men 17-45 yo	€65	
46+ ετών γυναικών / Women 46+	€95	
46+ ετών ανδρών / Men 46+	€95	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / SIGNATURE OF INSURED

MetLife Europe d.a.c. is a limited liability company incorporated in the Republic of Ireland. Registration Number 415123
Registered Office: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland. MetLife Europe d.a.c. is registered in the Republic of Cyprus as an oversea company: Registration Number AE2955.
Registered Address: 38 Kennedy Avenue, 1087 Nicosia, Cyprus.
E-mail: contact@metlife.com Website: www.metlife.com.cy

In accordance with the European Union (Insurance and Reinsurance) Regulations of Ireland of 2015, MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) is authorized to provide life insurance activities in the following categories: I, III, IV, VI and non-life insurance activities in the following categories: 1, 2.