

Αρ. Αίτησης:

ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ - ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Παρακαλώ όπως αποσταλεί το έντυπο ταχυδρομικώς μαζί με τις πρωτότυπες αποδείξεις/τιμολόγια προς: Τμήμα Αποζημιώσεων

Μέρος Α Στοιχεία Ασθενή

1. Όνομα:	2. Επίθετο:	3. Ταυτότητα/ Διαβατήριο*:
*όπως έχει καταχωρηθεί κατά την αίτηση ένταξης.		
4. Ημερ. Γεννησης:	5. Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	

Μέρος Β Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου

1. Αριθμός Συμβολαίου:	2. Όνομα Εταιρείας:
3. Όνομα:	4. Ημερ. Γεννησης:
6. Επίθετο:	5. Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ
8. Ταυτότητα/ Διαβατήριο*:	7. Διεύθυνση:
9. Τηλέφωνο:	*όπως έχει καταχωρηθεί κατά την αίτηση ένταξης. Αν έχει αλλάξει παρακαλώ όπως σταλεί νέο έντυπο.
	10. Email:

Μέρος Γ Περιγραφή Αίτησης από ασθενή

Περιγραφή Πάθησης/Ατυχήματος:

Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

Είχε ο ασθενής παρόμοια πάθηση/ασθένεια στο παρελθόν; ☐ Ναι ☐ Όχι

Όνομα γιατρού(ών) που εξέτασαν:

Εαν ναι, τότε;:

Ημερ:

Ημερ:

Ημερ:

Γ.Ε.Σ.Υ επίσκεψη - περιγραφή:

Παρακαλώ επισυνάψτε τα έντυπα από το Γ.Ε.Σ.Υ

Μέρος Δ Ανάλυση Αιτήματος

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε όλα τα στοιχεία του πιο κάτω πίνακα και ανά απόδειξη/τιμολόγιο. Εάν η απόδειξη/τιμολόγιο δεν συμπεριλαμβάνει την διάγνωση/πάθηση, μπορείτε να την σημειώσετε εσείς. Σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερο χώρο μπορείτε να χρησιμοποιήσετε μια επιπροσθετη αίτηση.

Περιγραφή εξόδου/θεραπείας	Διάγνωση/πάθηση	Κλινική/Ιατρικό κέντρο	Ποσό χρέωσης νόμισμα	Έχετε πληρώσει εσείς;
Επίσκεψη σε ιατρό:				Ναι ☐ Όχι ☐
Φάρμακα:				Ναι ☐ Όχι ☐
Φυσιοθεραπείες:				Ναι ☐ Όχι ☐
Εργαστηριακές εξετάσεις/x-rays:				Ναι ☐ Όχι ☐
Διαμονή σε νοσοκομείο - αρ. ημερών:				Ναι ☐ Όχι ☐
Επέμβαση που δεν χρήσει νοσηλείας:				Ναι ☐ Όχι ☐
Έξοδα χειρουργού:				Ναι ☐ Όχι ☐
Αναισθησιολόγος:				Ναι ☐ Όχι ☐
Κανονική γέννα:				Ναι ☐ Όχι ☐
Καισαρική:				Ναι ☐ Όχι ☐
Αποβολή:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Άλλο:				Ναι ☐ Όχι ☐
Σ Υ Ν Ο Λ Ο				
Παρακαλώ επισυνάψτε όλα τα έντυπα που σχετίζονται με το αίτημα αποζημίωσης σας				

Μέρος Ε Ιατρική έκθεση ιατρού

Όνομα ιατρού:	Νοσοκομείο/κλινική:
Τηλ. Εργασίας Ιατρού:	Email:
Για αιτήματα φυσιοθεραπείας μόνο.	
Περιγραφή/Παραπομπή:	
Όνομα θεραπόντων ιατρού:	Ημερ. Παραπομπής:
Πάθηση: ☐ Οξεία ☐ Χρόνια Λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων/ιατρικής κατάστασης: Πότε παρουσίασε ο ασθενής τα πρώτα συμπτώματα σε εσάς; Πότε παρουσιάστηκαν στον ασθενή τα πρώτα συμπτώματα; Λεπτομέρειες προηγούμενων επισκέψεων σε σχέση με το ίδιο θέμα υγείας (εαν υπήρξαν): Έχει γίνει ή συστήνονται περαιτέρω θεραπείες, ακτινογραφίες ή άλλη εξέταση: Περιγραφή χειρουργείου: Ημερ. εισαγωγής: Ημερ. εξιτηρίου: Εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω οι απαντήσεις στις πιο πάνω ερωτήσεις είναι πλήρεις και ακριβείς Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού	
Διάγνωση εισαγωγής: Ημερ.	

Μέρος ΣΤ

Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και Δηλώσεις

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς. Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς: 1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε προσκομίσει ή που μπορεί να ζητηθείτε να προσκομίσετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε προσκομίσει ή πιθανόν να προσκομίσετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας. Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορριπτείται. Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

2. Μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουμε τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς μαζί με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας ή να λάβουμε πρόσθετα δεδομένα υγείας από αυτούς προκειμένου να εξετάσουμε κατάλληλα την απαίτησή σας. Όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο, θα επικοινωνήσουμε με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και θα τους ζητήσουμε να μας παράσχουν δεδομένα υγείας που έχουν για εσάς.

Βεβαιώνω και αποδέχομαι ότι: το προς καταχώρηση περιστατικό είναι αληθές και ότι τα ποσά που θα καταχωρήσω ανταποκρίνονται σε αυτά που αναγράφονται στα παραστατικά που έχω στην κατοχή μου. Τα παραστατικά που θα καταχωρήσω είναι σε πρωτότυπη μορφή. Η καταχώρηση εξόδων πραγματοποιείται μόνο από τον κυρίως ασφαλισμένο, για εξόδα του ίδιου και των καλυπτόμενων μελών του, στο συγκεκριμένο ομαδικό συμβόλαιο, όπως εμφανίζονται στο σχετικό πεδίο καταχώρησης. Τα παραστατικά που θα καταχωρήσω, θα προσκομιστούν στη MetLife, σε πρωτότυπη μορφή, το αργότερο εντός 30 ημερών. Σε περίπτωση που αυτό είναι αδύνατο, ο χρήστης υποχρεούται να διαφυλάξει τα πρωτότυπα Έγγραφα σε έντυπη μορφή για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι ετών από την υποβολή της απαίτησής και να τα διατηρεί σε καλή κατάσταση. Αναλαμβάνει δε όπως προσκομίσει στην MetLife τα εν λόγω Έγγραφα εφόσον ζητηθούν. Τέλος αναγνωρίζει ότι η MetLife διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει τα Έγγραφα, εφόσον και εάν το κρίνει αναγκαίο ή επιθυμητό κατά τη διάρκεια της προαναφερθείσας βετίας. Σε περίπτωση λανθασμένης καταχώρησης ή μη αποστολής των πρωτότυπων παραστατικών, εντός του χρονικού διαστήματος των 30 ημερών η MetLife διατηρεί το δικαίωμα να αξιώσει από το χρήστη της εφαρμογής την επιστροφή του ποσού της ασφαλιστικής αποζημίωσης, που αφορά στη συγκεκριμένη απία. Σε περίπτωση μη επιστροφής ασφαλιστικής αποζημίωσης στη MetLife, από τον χρήστη, η MetLife διατηρεί το δικαίωμα της παρακράτησης, μερικώς ή ολικώς, του εν λόγω ποσού, από μελλοντική αποζημίωση, δική του ή καλυπτόμενου μέλους του, σύμφωνα με όσα ανωτέρω ορίζονται. Γνωρίζω ότι οι όροι του ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, όπως εκάστοτε ισχύουν, υπερισχύουν των όρων χρήσης της αίτησης αποζημίωσης. Αναγνωρίζω ότι, σε περίπτωση ύπαρξης απόκλισης του ποσού της αποζημίωσης, που υπολογίζεται μέσω της αίτησης, από τον υπολογισμό, που πραγματοποιείται, με βάση τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους του ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, στο οποίο συμμετέχει, υπερισχύει πάντα ο υπολογισμός που προκύπτει από τους όρους του συμβολαίου.

Ημερ.

Υπογραφή αιτητή

Όνομα αιτητή