

ΜΕΡΟΣ Α – Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη της Σύμβασης και τον Ασθενή

Όνομα Ιδιοκτήτη Σύμβασης: _____ Αριθμός Ταυτότητας: _____ Αρ. Σύμβασης: _____
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail): _____ Αρ. τηλεφώνου: _____ Αρ. κινητού τηλεφώνου: _____
Όνομα Ασθενή: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερ. Γεννήσεως: _____
Συμπτώματα Πάθησης: _____ Ημερομηνία Πρώτων Συμπτωμάτων: _____
Ο Ασθενής έπασχε στο παρελθόν από αυτή την αιτία: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ Πότε: _____

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά. Με την υπογραφή μου πιο κάτω εξουσιοδοτώ την EuroLife Ltd. και τον ανεξάρτητο διαχειριστή απαιτήσεων MedNet, καθώς επίσης και τους ιατρικούς συνεργάτες τους, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασφαλισμένου: _____

Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη*: _____ Ημερομηνία: _____

* Σε περίπτωση ανήλικου Ασφαλισμένου να υπογραφεί από γονέα ή κηδεμόνα του ανήλικου Ασφαλισμένου

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Σας πληροφορούμε ότι για την αξιολόγηση της Απαίτησής σας καθώς επίσης και για σκοπούς τήρησης των όρων της σύμβασης σας, θα πρέπει να προβούμε σε επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα («Ευαίσθητα Δεδομένα»). Η επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων αφορά αποκλειστικά τα **δεδομένα υγείας** του ασφαλισμένου προσώπου και περιορίζεται στα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση της Απαίτησής σας ή/και για την αξιολόγηση της τήρησης των όρων της Σύμβασης σας. Σε μερικές περιπτώσεις, (εάν αυτό κριθεί αναγκαίο), η επεξεργασία θα περιλαμβάνει και επικοινωνία με τους θεράποντες Ιατρούς και τα Νοσηλευτήρια για λήψη πληροφοριών ή Ιατρικών Εκθέσεων σύμφωνα και με την εξουσιοδότηση πιο πάνω. Αποδέκτες των Ευαίσθητων Δεδομένων είναι τα αρμόδια άτομα μέλη του προσωπικού μας και του προσωπικού της MedNet (ο ανεξάρτητος διαχειριστής απαιτήσεων με τον οποίο συνεργαζόμαστε) καθώς επίσης και οι σχετικοί προς την απαίτησή σας συνεργάτες μας, οι οποίοι υπόκεινται σε υποχρέωση για τήρηση της αρχής του απορρήτου.

Με την υπογραφή σας πιο κάτω, δίνετε τη ρητή συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων σας για τον πιο πάνω σκοπό. Σημειώνουμε ότι έχετε το δικαίωμα Ενημέρωσης, Πρόσβασης, Διόρθωσης και Αντίρρησης για οποιαδήποτε προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τις πρόνοιες του Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος 138(Ι)/2001.

Σε περίπτωση όμως που επιθυμείτε να προβάλετε Αντίρρηση για οποιαδήποτε επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων σας, σας ενημερώνουμε ότι είναι πιθανό να μην μπορούμε να διεκπεραιώσουμε την Απαίτησή σας.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασφαλισμένου: _____

Αρ. Ταυτότητας: _____

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα σε περίπτωση ανήλικου Ασφαλισμένου: _____

Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερομηνία: _____ Τόπος: _____

ΜΕΡΟΣ Β – Να συμπληρωθεί από τον Θεράποντα Ιατρό

Όνομα Ασθενή: _____ Ηλικία: _____
Διάγνωση (εάν πρόκειται για εγκυμοσύνη τότε περίπου άρχισε;) _____
Ποια τα συμπτώματα του ασθενή; _____
Πότε πρωτοεμφανίστηκαν; _____ Ημερ. Ατυχήματος (αν ισχύει): _____
Ημερομηνίες προηγούμενων επισκέψεων (σχετικών με αυτή την ιατρική κατάσταση): _____
Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν και πότε: _____

Συνταγή

Συνιστάτε περαιτέρω ακτινογραφίες, εργαστηριακές εξετάσεις ή άλλη θεραπεία;

Αν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση, δώστε λεπτομέρειες: ☐ Εντός νοσοκομείου/ κλινικής ☐ Εξωτερικά Ιατρεία

Ημερομηνία επέμβασης: _____ Νοσοκομείο / κλινική που έγινε: _____

Είναι η πρώτη φορά που ο ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια / τραυματισμό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πώς αντιμετωπίστηκε; _____

ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

Εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω οι απαντήσεις στις πιο πάνω ερωτήσεις είναι πλήρεις και ακριβείς.

Όνομα Ιατρού: _____ Τηλέφωνο: _____

Ειδικότητα: _____ Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού: _____ Ημερομηνία: _____

Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της απαίτησής σας, παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνείτε με την MedNet στο τηλέφωνο 22463033

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΞΗΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ

1. Όταν θα επισκεφθείτε το γιατρό σας **πάρτε μαζί σας το Έντυπο Απαίτησης** και **ζητήστε από το γιατρό σας να συμπληρώσει το ΜΕΡΟΣ Β'**. Έντυπα Απαίτησης σας έχουν σταλεί μαζί με την Ασφαλιστική σας Σύμβαση κατά την εγγραφή σας στο Πρόγραμμα. Μπορείτε επίσης να τα προμηθευτείτε από την ιστοσελίδα μας www.eurolife.com.cy ή επικοινωνήστε με τη MedNet στο τηλέφωνο 22463033 – 34.
2. Πληρώστε το λογαριασμό του Γιατρού / Νοσοκομείου.
3. Σιγουρευτείτε ότι έχετε πάρει:
 - Πρωτότυπο της απόδειξης πληρωμής του Γιατρού / Νοσοκομείου.
 - Πρωτότυπα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν γίνει κατά τη διάρκεια της επίσκεψής σας όπως υπερηχογράφημα, ακτινογραφίες κ.λπ.
4. Αν ο γιατρός σας έχει ζητήσει να υποβληθείτε σε **διαγνωστικές εξετάσεις**, ή σας έχει γράψει **συνταγή** για λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή φυσιοθεραπείας, σιγουρευτείτε ότι το **έχει συμπληρώσει στο ΜΕΡΟΣ Β'** του Εντύπου Απαίτησης, διαφορετικά μαζί με το έντυπο απαίτησης θα πρέπει να επισυνάψετε **αντίγραφο της εντολής (συνταγής / παραπεμπικό) του γιατρού**. Επίσης, αν κατά τη διάρκεια της επίσκεψής υποβληθείτε σε οποιαδήποτε θεραπεία πέραν της εξέτασης, σιγουρευτείτε ότι **ο γιατρός αναφέρει λεπτομέρειες στο ΜΕΡΟΣ Β'**.
5. Ζητάτε πάντοτε **αναλυτική απόδειξη για την πληρωμή των εξόδων σας**. Η απόδειξη θα πρέπει απαραίτητα να είναι πρωτότυπη, αριθμημένη και σε αυτή να περιλαμβάνονται λεπτομέρειες των πληρωτέων ποσών, τα στοιχεία του προμηθευτή (ονομασία / ονοματεπώνυμο, επάγγελμα, διεύθυνση, αριθμός εγγραφής στο ΦΠΑ ή ΑΦΤ ή αριθμός πολιτικής ταυτότητας), ημερομηνία, είδος υπηρεσίας, ποσότητα, υπογραφή και σφραγίδα.
6. Αφού ολοκληρωθούν οι επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, αγορά φαρμάκων:
 - **Συμπληρώστε το ΜΕΡΟΣ Α'** του Εντύπου Απαίτησης, περιλαμβανομένου του μέρους «Επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα».
 - Επισυνάψτε **όλα τα δικαιολογητικά**:
 - Πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής.
 - Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν υπάρχουν).
 - Οποιοδήποτε ιατρικές εκθέσεις σχετικές με την απαίτηση που έχετε στην κατοχή σας.Τα συμπληρωμένα έντυπα μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά **θα πρέπει να αποστέλλονται εντός 30 ημερών από την ημερομηνία του περιστατικού**.
7. Παραδώστε οποιαδήποτε έντυπα ή και δικαιολογητικά σχετικά με την απαίτηση σας σε οποιοδήποτε **υποκατάστημα της EuroLife ή στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στα κεντρικά γραφεία της EuroLife** σε κλειστό φάκελο στον οποίο να αναγράφεται:
 - Απαίτηση medica.
 - Ο αριθμός της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης.
 - Το όνομα και την ημερομηνία γέννησης του ασθενή.

Μπορείτε επίσης να **αποστείλετε** το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα δικαιολογητικά με το ταχυδρομείο (σας συνιστούμε **συστημένη αποστολή**) στη διεύθυνση: MedNet, Κένεντυ 57, 1ος όροφος, 1076 Λευκωσία.