

ΜΕΡΟΣ Α – Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη της Σύμβασης (για Ατομική Σύμβαση) ή το Κυρίως Ασφαλισμένο Μέλος (για Ομαδική Σύμβαση) και τον Ασφαλισμένο Ασθενή

Όνομα Ιδιοκτήτη Σύμβασης: _____ Αρ. Σύμβασης: _____
 Όνομα Κυρίως Ασφαλισμένου Μέλους (μόνο σε περίπτωση Ομαδικής Σύμβασης): _____
 Αρ. Ταυτότητας Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____ e-mail Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____
 Αρ. τηλεφώνου Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____ Αρ. Κινητού Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____
 Όνομα Ασφαλισμένου Ασθενή: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερ. Γεννήσεως: _____
 Αρ. τηλεφώνου Ασφαλισμένου Ασθενή: _____ Αρ. Κινητού Ασφαλισμένου Ασθενή: _____
 Ο Ασθενής έπασχε στο παρελθόν από αυτή την αιτία; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ Πότε; _____

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____ Ημερ.: _____

* Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτε Ασφαλισμένου Ασθενή κάτω των 18 ετών.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη (για Ατομική Σύμβαση) ή Κυρίως Ασφαλισμένου Μέλους (για Ομαδική Σύμβαση): _____

Ημερ.: _____

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Για σκοπούς αξιολόγησης και διεκπεραίωσης της παρούσας απαίτησης (η «Απαίτηση»), καθώς επίσης και για σκοπούς τήρησης των όρων της ασφαλιστικής σύμβασης στην οποία είστε ασφαλισμένος/η (η «Ασφαλιστική Σύμβαση»), θα πρέπει να προβούμε σε επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα («Ευαίσθητα Δεδομένα»). Η επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων αφορά αποκλειστικά τα δεδομένα υγείας σας ως ασφαλισμένο πρόσωπο και περιορίζεται στα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση και διεκπεραίωση της Απαίτησης ή/και για την αξιολόγηση της τήρησης των όρων της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

Αποδέκτες των Ευαίσθητων Δεδομένων είναι τα αρμόδια άτομα μέλη του προσωπικού μας και του προσωπικού της Mednet S.A. (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. Αποδέκτης των Ευαίσθητων Δεδομένων σας δύναται να είναι και ο Ιδιοκτήτης της Ασφαλιστικής Σύμβασης αν είναι ξεχωριστό πρόσωπο.

Σημειώνουμε ότι έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων σας οποιαδήποτε στιγμή. Σε τέτοια περίπτωση όμως πιθανό να μην μπορούμε να διεκπεραιώσουμε την Απαίτησή σας. Περισσότερες πληροφορίες για τα δικαιώματά σας σε σχέση με τα προσωπικά σας δεδομένα, καθώς επίσης και για τον τρόπο διαχείρισης των δεδομένων σας από εμάς βρίσκονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας που διατίθεται στην ιστοσελίδα: www.eurolife.com.cy.

Με την υπογραφή σας πιο κάτω, δίνετε τη ρητή συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων (δηλαδή των δεδομένων που αφορούν την υγεία σας) για τους πιο πάνω αναφερόμενους σκοπούς.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____ Ημερ.: _____

* Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτε Ασφαλισμένου κάτω των 18 ετών.

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 οποιανδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνείτε με την MedNet στο τηλέφωνο 22463033