

ΜΕΡΟΣ Α - Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη (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): _____

Τηλ. Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____ e-mail Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένου: _____

Στοιχεία Ασφαλισμένου Ασθενή

Ονοματεπώνυμο: _____

Τηλέφωνα: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____

Λεπτομέρειες για την Ασθένεια/ Τραυματισμό

Ασθένεια / Τραυματισμός (Περιγράψετε): _____

Περιγράψετε τα συμπτώματα: _____

Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα: ____/____/____ Πότε συνέβηκε το Ατύχημα (αν ισχύει): ____/____/____

Είχε ποτέ ληφθεί περίθαλψη στο παρελθόν για την ίδια ασθένεια/ατύχημα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ Πότε: ____/____/____

Όνομα και Διεύθυνση Θεράποντος Ιατρού: _____

Όνομα και Διεύθυνση Κλινικής / Νοσοκομείου: _____

Ημερ. Εισαγωγής: ____/____/____ Ημερ. Εξόδου : ____/____/____ Ημερ. Χειρουργικής Επέμβασης (αν ισχύει): ____/____/____

Υποβολή απαίτησης για Νοσοκομειακή Περίθαλψη πριν τη Διεξαγωγή της

Επιθυμείτε την εξέταση της Απαίτησής σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- Η εξέταση της Απαίτησής σας μπορεί να γίνει μόνο για προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη και θα βασίζεται στα δεδομένα που μας δίνονται.
- Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε το αίτημά σας θα πρέπει να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.
- Η απόφασή μας θα βασίζεται αποκλειστικά στους όρους της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης και δεν θα αποτελεί, με οποιονδήποτε τρόπο, ένδειξη ή συμβουλή για την αναγκαιότητα της προτεινόμενης περίθαλψης.

Διακανονισμός Πληρωμής

Παρακαλώ επιλέξτε:

- ☐ Πληρωμή στον Ιδιοκτήτη/Κυρίως Ασφαλισμένο Μέλος, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτησή σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, οι αποδείξεις θα πρέπει να σταλούν στη MedNet S.A με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης.
- ☐ Επιταγή στο όνομα της Κλινικής/Νοσοκομείου όπου έγινε/θα γίνει η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ή/και του Ιατρού, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτησή σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, τα τιμολόγια θα πρέπει να σταλούν στη MedNet S.A με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης.

Σημειώνεται ότι για περιστατικά Εξωτερικού Ασθενή θα πρέπει πάντοτε να επισυνάπτονται οι πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής.

Άλλη Ασφαλιστική Κάλυψη

Αν η Περίθαλψη δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης από τρίτο πρόσωπο, ή καλύπτεται από άλλη πηγή (Ιδιωτική ή Κοινωνική Ασφάλιση, Ταμεία Υγείας κ.λπ.) παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:

Δήλωση

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

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____

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

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη (για ατομική σύμβαση) ή Κυρίως Ασφαλισμένου Μέλους (για ομαδική σύμβαση): _____

Ημερομηνία: _____ Τόπος: _____

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. Με τη συμπλήρωση του Εντύπου, παρακαλούμε όπως αποσταλεί στη Mednet στο Φαξ 22519819. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την MedNet στο τηλέφωνο 22463033.

Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

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.

Πέραν από τα στοιχεία που μας έχετε προμηθεύσει, και εφόσον μας έχετε δώσει σχετική εξουσιοδότηση, η επεξεργασία θα περιλαμβάνει και επικοινωνία με τους θεράποντες Ιατρούς και τα Νοσηλευτήρια/Κλινικές, για λήψη διευκρινίσεων και περαιτέρω πληροφοριών ή/και Ιατρικών Εκθέσεων.

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 συγκατάθεση/εξουσιοδότησή 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 μας: 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*: _____

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

Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερομηνία: _____ Τόπος: _____

Εξουσιοδότηση

Με την παρούσα, συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την Eurolife Ltd ή/και τον ανεξάρτητο διαχειριστή απαιτήσεων της Mednet S.A. όπως αποταθούν στο νοσοκομείο/κλινική στο οποίο έχω νοσηλευτεί ή πρόκειται να νοσηλευτώ για την ιατρική κατάσταση για την οποία υποβάλλεται απαίτηση, για να λάβουν γνώση και αντίγραφα (σε φυσική ή/και ψηφιακή μορφή) των ακόλουθων προσωπικών μου δεδομένων:

- Οποιαδήποτε δεδομένα, στοιχεία και πληροφορίες που σχετίζονται με την ιατρική κατάσταση για την οποία υποβάλλεται η απαίτηση συμπεριλαμβανομένων αντιγράφων ιατρικών εκθέσεων και ιατρικών διαγνωστικών εξετάσεων και των αποτελεσμάτων τους.
- Οποιαδήποτε λεπτομερή ανάλυση ή άλλη πληροφόρηση σε σχέση με τα ιατρικά έξοδα νοσηλείας για τα οποία υποβάλλεται απαίτηση.

Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ το νοσοκομείο/κλινική στο οποίο έχω νοσηλευτεί ή πρόκειται να νοσηλευτώ για την ιατρική κατάσταση για την οποία υποβάλλεται απαίτηση, όπως χορηγήσει στην Eurolife Ltd, ή/και στον ανεξάρτητο διαχειριστή απαιτήσεων της Mednet S.A., με τα πρωτότυπα ή/και αντίγραφα όλων των αναφερόμενων πιο πάνω δεδομένων.

Επίσης συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου, το νοσηλευτήριο/κλινική ή και το διαγνωστικό κέντρο, να απαντήσει σε οποιαδήποτε διευκρίνιση ή περισσότερη πληροφόρηση πιθανόν ζητηθεί από τους αρμόδιους λειτουργούς και ιατρικούς συνεργάτες της Eurolife Ltd και του ανεξάρτητου διαχειριστή απαιτήσεων της Mednet S.A. σε σχέση με την ιατρική μου κατάσταση, την αντιμετώπισή της, την πορεία της νοσηλείας μου, τα οποιαδήποτε αποτελέσματα ιατρικών ή/και διαγνωστικών εξετάσεών μου, καθώς επίσης και τα ιατρικά έξοδα, που σχετίζονται με την απαίτησή μου.

Η φωτοτυπία αυτής της εξουσιοδότησης θα ισχύει σαν να είναι το πρωτότυπο.

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ασφαλισμένου Ασθενή*: _____

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

Σημαντική σημείωση: Σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε οποτεδήποτε να ανακαλέσετε την πιο πάνω εξουσιοδότηση επικοινωνώντας με την Eurolife Ltd ή και την Mednet S.A. Σε τέτοια περίπτωση για να μπορέσουμε να ολοκληρώσουμε την εξέταση της απαίτησής σας, θα πρέπει να διευθετήσετε οι ίδιοι για την απόκτηση των δεδομένων που θα σας ζητηθούν και να μας τα καταχωρήσετε απευθείας.

Σημειώνουμε ότι σε περίπτωση που υπάρχουν ελλιπή στοιχεία στην απαίτησή σας, δεν θα είμαστε σε θέση να ικανοποιήσουμε την απαίτησή σας.

ΜΕΡΟΣ Β - Να συμπληρωθεί από τον Θεράποντα Ιατρό Στοιχεία Ασθενή

Ονοματεπώνυμο Ασθενή: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Ασθένεια/Τραυματισμός

Αρχική Διάγνωση (Ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)

Τελική Διάγνωση (Ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)

Περίθαλψη

☐ Επείγον περιστατικό

☐ Εξωτερικά Ιατρεία

☐ Ημερήσια Χειρουργική Νοσηλεία

☐ Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση

☐ Άλλο

Ημερομηνία Επέμβασης: ____/____/____

Όνομα & Διεύθυνση Νοσοκομείου/Κλινικής που έγινε/θα γίνει η Νοσηλεία: _____

Ημερ./Ωρα Εισαγωγής ____/____/____ ——— π.μ./μ.μ.

Ημερ./Ωρα Εξόδου: ____/____/____ ——— π.μ./μ.μ.

Λεπτομέρειες για την Ασθένεια/Τραυματισμό

Περιγράψτε τα συμπτώματα του ασθενή: _____

Πότε είχε ο Ασθενής τα πρώτα συμπτώματα (ημερομηνία): ____/____/____ Πότε συνέβηκε το Ατύχημα: ____/____/____
(Αν ισχύει / ημερομηνία)

Πότε σας επισκέφθηκε ο Ασθενής για πρώτη φορά (ημερομηνία): ____/____/____

Αναφέρετε και περιγράψτε με λεπτομέρεια τους παράγοντες που επιβάλλουν/επέβαλαν την εισαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο/ Κλινική:

Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν αναφορικά με την ασθένεια/τραυματισμό. (Αναφέρετε ημερομηνίες και επισυνάψτε τα αποτελέσματα):

Περιγράψτε την περίθαλψη που δόθηκε στον Ασθενή, καθώς και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα: _____

Περίθαλψη που επίκειται: _____

Παρακολουθείται ή λαμβάνει περίθαλψη ο Ασθενής από Ιατρό άλλης ειδικότητας (Δώστε λεπτομέρειες): _____

Έχει ο Ασθενής αποθεραπευτεί από την ασθένεια/τραυματισμό: _____

Ιατρικό Ιστορικό

Είναι η πρώτη φορά που ο Ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια/τραυματισμό:

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

Αν όχι, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πώς αντιμετωπίστηκε: _____

Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση ή σύνδρομο (Περιγράψτε): _____

Δήλωση Θεράποντος Ιατρού

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

Ονοματεπώνυμο Ιατρού: _____ Ειδικότητα: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____

Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού: _____ Ημερομηνία: _____

Σφραγίδα Νοσοκομείου/Κλινικής: _____