



Κεντρική
Ασφαλιστική

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α- Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου :
Όνοματεπώνυμο Ασθενούς :
Αρ. Ταυτότητας: Ημ. Γέννησης :
Διεύθυνση : Τηλέφωνο :
Επάγγελμα : E- Mail :
Αρ. Συμβολαίου: Ημερ. Λήξης:.....

Περιγραφή Ασθένειας/Χειρουργικής Επέμβασης:
Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; (ακριβής ημερομηνία);
Είχατε παρόμοια συμπτώματα για την ίδια πάθηση προηγουμένως; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες
.....
Αναφέρατε τα ονόματα όλων των γιατρών και τις ημερομηνίες που σας εξέτασαν γι' αυτή την πάθηση :
1. Ημερ. : Τηλ.:
2. Ημερ. : Τηλ.:
Τι θεραπεία/εξετάσεις/φάρμακα συνέστησε ο θεράπων ιατρός ;
.....
Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο Ταμείο ή Οργανισμό; Προσδιορίστε Ταμείο και Ποσό:
.....

ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που έχω επισκεφθεί καθ' οποιονδήποτε χρόνο να παρέχουν στην Ασφαλιστική Εταιρεία Η «Κεντρική» Λτδ και σε εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Δηλώνω επίσης ότι το ολικό ποσό το οποίο πληρώθηκε σύμφωνα με τις αποδείξεις που επισυνάπτω για τη σημερινή πάθηση του ασθενούς, ανέρχεται στο ποσό των €

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερομηνία

ΜΕΡΟΣ Β- Λογαριασμός Κλινικής / Νοσοκομείου (Επισυνάψτε **πρωτότυπα αποδείξεων**)

Ημερ. Εισόδου:	Ημερ. Εξόδου:.....		
1. Έξοδα παραμονής: ημέρες	@	€	€
2. Έξοδα Ιατρικών Υπηρεσιών		Ακτινογραφίες	€
		Αναλύσεις αίματος και ούρων	€
		Αξονικές τομογραφίες	€
		Φυσιοθεραπείες	€
		Καρδιογραφήματα	€
3. Έξοδα Εγχειρήσεως			€
4. Φάρμακα (αναλυτικά είδη/ποσότητες)			€
		Σύνολο Εξόδων	€

Υπογραφή & Σφραγίδα Κλινικής/Νοσοκομείου: Ημερομηνία