

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνομα Ασφαλισμένου Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Διεύθυνση Κατοικίας

Επάγγελμα..... Τηλ.: Αρ. Ταυτότητας

Όνομα Αλλ. Εργοδοτούμενων Ημερ. Γεννήσεως Αλλ. Εργ.

B. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ / ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ

Περιγραφή Ασθένειας / Ατυχήματος

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

Είχε ο/η Αλλ. Εργοδοτούμενος / η την ίδια πάθηση προηγουμένως;

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

Δώστε τα ονόματα και ημερομηνίες των Πατρών εντός του Νοσοκομειακού Ιδρύματος που εξέτασαν τον/ην Αλλ. Εργοδοτούμενο/η γι'αυτή την πάθηση:

1. Ημερ. Τηλ.:

2. Ημερ. Τηλ.:

Τι θεραπεία / φάρμακα συνέστησε ο γιατρός;

Γ. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΚΛΙΝΙΚΗ

Η κάλυψη ισχύει σε περίπτωση νοσηλείας του/ης Αλλ. Εργοδοτούμενου/ης σε Νοσοκομείο / Κλινική, για μια τουλάχιστο νύχτα, μετά από ιατρική γνωμάτευση για θεραπευτική αγωγή που δεν μπορεί να χορηγηθεί εκτός νοσοκομείου ή κλινικής.

Αναφέρετε όνομα και διεύθυνση Νοσηλευτικού Ιδρύματος

.....

.....

Διάρκεια Νοσηλείας: (i) Ημερ. Εισόδου (ii) Ημερ. Εξόδου

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

(1) Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε το εξιτήριο ή άλλη επίσημη θεβαίωση σχετικά με την ημερομηνία εισδοχής και εξόδου από το Νοσοκομείο ή Κλινική.

(2) Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν όλες οι αποδείξεις.

Δ. ΔΗΛΩΣΗ

Υπεύθυνα δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς, τα νοσοκομεία ή κλινικές που χρησιμοποίησε ο/η αλλ. εργοδοτούμενος/η να δώσουν στη CNP ASFALISTIKI οποιοσδήποτε πληροφορίες και αντίγραφα των αρχείων τους σχετικά με την απαίτηση αυτή. Φωτοαντίγραφο της εξουσιοδότησης αυτής έχει την ίδια ισχύ με την πρωτότυπη.

Ημερ. Υπογραφή Ασφαλισμένου



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Δύναμη Ασφάλειας

CNP ASFALISTIKI LIMITED

Λεωφ. Ακροπόλεως 17, 2006 Στρόβολος

T.Θ. 25218 .1307 Λευκωσία Τηλ. 22887600, Φαξ. 22887507, Website:www.cnpcyprus.com