

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνομα Ασφαλισμένου Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Διεύθυνση Κατοικίας

Επάγγελμα Τηλ.: Αρ. Ταυτότητας

Όνομα Οικ. Βοηθού Ημερ. Γεννήσεως Οικ. Βοηθού

B. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ / ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ

Περιγραφή Ασθένειας / Ατυχήματος

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

Είχε η οικιακή βοηθός την ίδια πάθηση προηγουμένως;

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

Δώστε τα ονόματα και ημερομηνίες των Πατρών εντός του Νοσοκομειακού Ιδρύματος που εξέτασαν την Οικιακή Βοηθό 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 της Οικιακής Βοηθού 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 βεβαίωση 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 η οικιακής βοηθός να δώσουν στη CNP ASFALISTIKI οποιεσδήποτε 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