

Συμβαλλόμενος Policy Holder	Τηλ. Phone No	Αρ. Συμβολαίου Policy Number
Ασφαλισμένος Insured	Τηλ. Phone No	Email
Όνομα Ασθενή Patient's Name	Ημ. Γέννησης Date of birth	Αρ.ταυτ./διαβατηρίου ID/Passport No.

**ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ/PHYSICIAN'S STATEMENT**

Διάγνωση/Diagnosis		
Αναλύσεις/Laboratory Tests	Ακτινογραφίες/X-Rays	Φάρμακα/Prescribed Medicines
Παρακαλώ σημειώστε πιο πάνω ανάλογα και επισυνάψτε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για τη μελέτη του περιστατικού. Please tick above accordingly and attach the results of diagnostic tests and medical reports required for the study of the case.		
Σε περίπτωση νοσηλείας, ποια είναι η κλινική εικόνα του ασθενούς κατά την εισαγωγή; In case of hospitalization, what was the patient's clinical condition during admission?		
Ιατρικό ιστορικό παρούσης και προηγούμενης ιατρικής κατάστασης. Medical history of current and previous medical condition.		
Ημερομηνία Εισαγωγής Admission Date	Ημερομηνία Εξόδου Exit Date	
Ο υπογεγραμμένος ιατρός εξέτασα τον πιο πάνω ασθενή, διέγνωσα την πιο πάνω κατάσταση και συνέστησα τις πιο πάνω αναλύσεις/ακτινογραφίες και συνέστησα την πιο πάνω φαρμακευτική αγωγή για την θεραπεία της διαγνωσθείσας κατάστασης. I, the undersigned Physician, have examined the above patient and diagnosed the above condition and prescribed the above lab tests, x-rays, and medication from the treatment of the diagnosed conditions.		
Όνοματεπώνυμο ιατρού - Physician's name		
Ειδικότητα - Specialty	Τηλ.- Phone No.	Email
Επωνυμία Κλινικής/Νοσοκομείου - Hospital's/Clinic's Name		
Υπογραφή ιατρού Physician's Signature	Ημερομηνία Εξέτασης Examination Date	

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/CLAIMANT'S DECLARATION**

Συμβαλλόμενος Policy Holder	Τηλ. Phone No	Αρ. Συμβολαίου Policy Number
Ασφαλισμένος/Insured		
Διάγνωση/Diagnosis		
Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά και περιγραφή. Date of first appearance of symptoms relating to the illness. Please give details.		
Έχετε αρρωστήσει ποτέ στο παρελθόν από την ίδια αιτία: Αν ναι, πότε; Have you ever suffered from the same cause in the past? If yes, when?		
Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πότε συνέβηκε; In case of bodily injury resulting from an accident, state where and when the accident occurred.		

**Δήλωση του Ασθενούς και Συγκατάθεση**

Βεβαιώνω ότι είμαι ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι αληθή και ακριβή. Για το σκοπό διεκπεραίωσης της αίτησής μου, διά του παρόντος συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τα οποία έχω συμπεριλάβει στο παρόν έντυπο και σε οποιαδήποτε ιατρικά πιστοποιητικά τα οποία τυχόν να παραχωρηθούν εκ μέρους μου στην παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία σχετικής μου συγκατάθεσης. Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία. Συμφωνώ πως ένα αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

**Patient's Declaration and Consent**

I declare that I am the patient, parent or guardian of the patient (if the patient is under 18 years of age). I wish to claim benefit and declare that all the particulars I have given are to the best of my knowledge, true and correct. In order that my claim may be assessed and settled I hereby consent to processing the personal data which I have included in this form and in any medical reports that may be submitted on my behalf to the current Insurance Company with my consent. I consent and authorize my doctor to discuss my illness and the details of my treatment with the current Insurance Company. I agree that one copy of this consent document will have the validity of an original.

Υπογραφή Ασφαλισμένου/Signature of the Insured..... Ημερομηνία/Date.....

Υπογραφή Συμβαλλομένου/Signature of the Policy Holder..... Ημερομηνία/Date.....