



CLAIM FORM/ ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΩΣΗΣ

IMPORTANT NOTES: TO ASSIST US IN PROCESSING YOUR CLAIM EFFICIENTLY AND SPEEDILY, PLEASE COMPLETE THIS FORM FULLY, CLEARLY AND LEGIBLY. A SEPARATE CLAIM FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT AND EACH MEDICAL CONDITION. PLEASE ALSO ATTACH ANY COPIES OF HISTOPATHOLOGY, ENDOSCOPIC, DIAGNOSTIC/LABORATORY TESTS WRITTEN REPORT, MEDICAL REFERRAL LETTER(S). PROCESSING OF YOUR CLAIM MAY BE DELAYED IF THE INFORMATION PROVIDED IS INCOMPLETE.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ: ΓΙΑ ΝΑ ΜΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΝΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΟΥΜΕ ΤΗΝ ΑΞΙΩΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΑ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΩΣ, ΚΑΘΑΡΑ ΚΑΙ ΕΥΑΝΑΓΓΩΣΤΑ. ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ. ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ ΕΠΙΣΗΣ ΤΥΧΟΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΓΡΑΠΤΕΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ. Η ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΩΣΗΣ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙ ΕΑΝ ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΙΠΕΙΣ.

SECTION A / ΕΝΟΤΗΤΑ Α

INSURED MEMBER / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ

TITLE / ΤΙΤΛΟΣ

FAMILY AND FIRST NAME / ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ

POLICY NO / ΑΡΙΘ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

DATE OF BIRTH (DD/MM/YYYY) /
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (To be completed only if you wish to receive your correspondence in a different address from that of the Residence Address) / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Συμπληρώνεται μόνο εάν επιθυμείτε να λαμβάνετε την αλληλογραφία σας σε διαφορετική διεύθυνση από αυτή της Διεύθυνσης Κατοικίας)

CITY / ΠΟΛΗ

POST CODE / Τ.Κ.

COUNTRY / ΧΩΡΑ

EMAIL

MOBILE NUMBER / ΚΙΝΗΤΟ

SECTION B / ΕΝΟΤΗΤΑ Β

CLAIMS DETAILS / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΩΣΗΣ

All fields of section B must be completed by the doctor in overall charge of the patient's treatment, or the patient himself only if there is a medical report to confirm..

Όλα τα πεδία της ενότητας Β πρέπει να συμπληρώνονται από τον γιατρό που είναι υπεύθυνος για τη συνολική θεραπεία του ασθενούς ή από τον ίδιο τον ασθενή μόνο εάν υπάρχει ιατρική έκθεση προς επιβεβαίωση.

TOTAL CLAIMED AMOUNT / ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΑΞΙΩΣΗΣ

COUNTRY WHERE THE TREATMENT TOOK PLACE / ΧΩΡΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

MEDICAL DIAGNOSIS AND SYMPTOMS / ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ONSET DATE WHEN SYMPTOM(S) FIRST NOTICED BY THE PATIENT / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

WHEN DID THE PATIENT FIRST SEE A DOCTOR RELATED TO THESE SYMPTOM(S)? / ΠΟΤΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΑΥΤΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;

DETAILS OF PERFORMED TREATMENT(S) / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ(ΤΩΝ) ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ(-ΩΝ) ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ(-ΑΝ)

DETAILS OF PERFORMED SURGICAL OPERATION(S) / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ(-ΕΣ) ΕΠΕΜΒΑΣΗ(-ΕΙΣ) ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ(-ΑΝ)

DETAILS OF PRESCRIBED MEDICATION / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

IF THE CLAIM RELATES TO PREGNANCY IS THIS THE PATIENT'S FIRST PREGNANCY? IF NO, PLEASE DETAIL ANY PREVIOUS COMPLICATIONS OF PREGNANCY / ΕΑΝ Η ΑΞΙΩΣΗ ΑΦΟΡΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΕΑΝ ΟΧΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΤΥΧΟΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

YES / ΝΑΙ

NO / ΟΧΙ

IF THE CLAIM RELATES TO PREGNANCY, IS THE PREGNANCY A RESULT OF NATURAL CONCEPTION? / ΕΑΝ Η ΑΞΙΩΣΗ ΑΦΟΡΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ;

YES / ΝΑΙ

NO / ΟΧΙ

HAS A EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD (EHIC) BEEN USED / ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (EHIC).

YES / ΝΑΙ

NO / ΟΧΙ

SECTION C / ΕΝΟΤΗΤΑ Γ

HOSPITALISATION / ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

HOSPITALISATION PERIOD / ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ADMISSION DATE (DD/MM/YYYY)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

DISCHARGE DATE (DD/MM/YYYY)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

HAS THE MEMBER BEEN ADMITTED THROUGH ACCIDENT & EMERGENCY (A&E) OR EMERGENCY RESPONSE (ER)? / ΤΟ ΜΕΛΟΣ ΕΚΑΝΕ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ & ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ (A&E) Ή ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ (ER);

YES / ΝΑΙ

NO / ΟΧΙ

EMAIL

CONTACT NUMBER / ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

If you have further treatment planned, please contact us on (+40) 311 097 046 and claims@medihelp.ro

Εάν έχετε προγραμματίσει περαιτέρω θεραπεία, επικοινωνήστε μαζί μας στο (+40) 311 097 046 και claims@medihelp.ro

SECTION D / ΕΝΟΤΗΤΑ Δ

CASH BENEFIT / ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Do you want to claim a cash benefit for treatment received free of charge? /
Θέλετε να διεκδικήσετε χρηματικό επίδομα για δωρεάν θεραπεία;

YES / ΝΑΙ

NO / ΟΧΙ

If yes, please send confirmation of the dates of your stay or treatment with this form and proof that the services were provided free of charge.

(Please note that potential exchange rates differences remain at your expense)

Εάν ναι, στείλτε επιβεβαίωση των ημερομηνιών της νοσηλείας ή της θεραπείας σας στο έντυπο αυτό και απόδειξη ότι οι υπηρεσίες παρασχέθηκαν δωρεάν.

(Λάβετε υπόψη ότι οι πιθανές συναλλαγματικές διαφορές βαρύνουν εσάς)

SECTION E / ΕΝΟΤΗΤΑ Ε

PAYMENT DETAILS / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

WHO SHOULD RECEIVE PAYMENT FOR THE CLAIM? (Please tick one only) / ΠΟΙΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΩΣΗ; (Παρακαλούμε σημειώστε μόνο ένα)

DOCTOR/HOSPITAL /
ΓΙΑΤΡΟΣ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟPATIENT /
ΑΣΘΕΝΗΣ

SWIFT / BIC CODE / ΚΩΔΙΚΟΣ SWIFT / BIC

ACCOUNT NUMBER / IBAN / ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / IBAN

ACCOUNT NAME / ΟΝΟΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

CURRENCY FOR TRANSFER / ΝΟΜΙΣΜΑ ΕΜΒΑΣΜΑΤΟΣ

EUR

RON

BANK ADDRESS AND NAME OF BANK / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

POST CODE / COD POSTAL / ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ / COD POSTAL

COUNTRY / ΧΩΡΑ

SECTION F / ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ

DECLARATION AND CONSENT / ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

I confirm the facts stated on this form to be true and accurate to the best of my/our knowledge. I give authority to the insurers or their representatives to contact my/our Medical practitioners for any additional information required in connection with this claim. / Επιβεβαιώνω ότι τα γεγονότα που αναφέρονται σε αυτό το έντυπο είναι, εξ όσων γνωρίζω/γνωρίζουμε, αληθή και ακριβή. Εξουσιοδοτώ τους ασφαλιστές ή τους εκπροσώπους τους να επικοινωνήσουν με τους ιατρούς μου/μας για τυχόν πρόσθετες πληροφορίες που απαιτούνται σε σχέση με αυτήν την αξίωση.

NAME / ΟΝΟΜΑ

DATE DATA / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ

SIGNATURE ΥΠΟΓΡΑΦΗ