

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:.....
(Συμπληρώνεται από το TEA ΕΛΤΑ)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α' ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ		KAM	
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
4. EMAIL (ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΟΧΙ ΕΤΑΙΡΙΚΟ)			
5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)		ΤΡΑΠΕΖΑ	
6. ΠΑΘΗΣΗ			
7. ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ			
8. ΑΛΛΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ

ΜΕΡΟΣ Β' ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ Ή/ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.
Παρέχω τη συναίνεσή μου και εξουσιοδοτώ το Νοσοκομείο..... και τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που έχω επισκεφθεί να παρέχουν στο TEA-ΕΛΤΑ, την ασφαλιστική εταιρεία NN Hellas και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπα, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών.
Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για την Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στο TEA-ΕΛΤΑ και την ασφαλιστική NN Hellas για την επεξεργασία προσωπικών ή/και ευαίσθητων δεδομένων μου και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση των στοιχείων που σας γνωστοποιώ οικειοθελώς, με σκοπό την αξιολόγηση της αίτησης αποζημίωσης που υποβάλω.
Διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω την ανωτέρω συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή, χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προ της ανάκλησής της.

Ημερομηνία	Υπογραφή Μέλους
-------------------	------------------------

ΜΕΡΟΣ Γ' ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ/ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	Νοσηλεία σε Νοσοκομείο Ιδιωτικού Τομέα
✓ Αίτηση	✓ Αίτηση
✓ Διοικητικό Εξιτήριο νοσοκομείου	✓ Διοικητικό Εξιτήριο νοσοκομείου
✓ Γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού χειρουργού, στην οποία να περιγράφεται με σαφήνεια η επέμβαση που υποβλήθηκε ο ασφαλισμένος	✓ Γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού χειρουργού, στην οποία να περιγράφεται με σαφήνεια η επέμβαση που υποβλήθηκε ο ασφαλισμένος
✓ Βεβαίωση Τήρησης Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN)	✓ Πρωτότυπες Αποδείξεις Παροχής Υπηρεσιών (ΑΠΥ)
✓ Συμπληρωματικά ό,τι κρίνεται ιατρικώς επιβεβλημένο, για να καταβληθεί η αποζημίωση (π.χ. ιστολογική έκθεση)	✓ Βεβαίωση Τήρησης Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN)
	✓ Συμπληρωματικά ό,τι κρίνεται ιατρικώς επιβεβλημένο, για να καταβληθεί η αποζημίωση (π.χ. ιστολογική έκθεση)