



TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD

MEDICAL INSURANCE CLAIM FORM

Policy Number: Name of Policyholder:

Name of Patient: Date of Birth:..... Telephone:.....

NOTE: ALL ORIGINAL RECEIPTS AND DIAGNOSTIC TESTS RESULTS MUST ACCOMPANY THE CLAIM FORM

SECTION A – OUT HOSPITAL TREATMENT

Medical Practitioner's Statement

The undersigned medical Practitioner specialized inexamined today the above mentioned patient and diagnosed that he/she is suffering from

Medical Practitioner's Name Signature Telephone Date

PRESCRIPTION DRUGS To be completed by the Medical Practitioner

- 1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

Medical Practitioner's Signature Date

LABORATORY TESTS To be completed by the Medical Practitioner

- 1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

Medical Practitioner's Signature Date

DIAGNOSTIC TESTS & X RAYS To be completed by the Medical Practitioner

- 1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

Medical Practitioner's Signature Date

SECTION B – IN HOSPITAL TREATMENT

Medical Practitioner's Statement

Name of Patient Date of Birth:

Illness [] Accident []

Symptoms:.....
..
.

2. Since when did the first symptoms manifest themselves? (Please give estimated time if you are not certain)
.....
.....

3. When did you first examine the patient for this ailment? (Exact date).....

4. Has the patient been examined by another Medical Practitioner in the past for the same or other similar ailment? If so, by whom and when?
.....

5. Clinical Findings:.....
.....

6. In case of accidental injury, were there visible signs of injury on the body to indicate the existence of an accident? (please give a detailed description).....

7. Describe the treatment that was followed and the medication you have recommended)

8. Detailed Diagnosis

9. Has the patient been cured? (If not please explain)

Medical Practitioner's Name: Specialisation:

Signature: Tel: Date:

Statement of Account of Clinic/Hospital (Please submit Original Receipts)

Date Of admission: - Date: -

1. Accommodation expenses:days @ €.....per day	€.....
2. Surgeon's fees	€.....
3. Hospital Charges: -Surgery/Theatre	€.....
Anaesthetist	€.....
Tests/X-Rays	€.....
Drugs (state fully kind & quantity)	€.....
4. Ancillary Charges please describe fully	€.....
Total Charges	€.....

.....
 Stamped & Signed by clinic/Hospital or Doctor

.....
 Date Name Telephone:

POLICYHOLDER / INSURED CLAIM DECLARATION

Name of Insured: Policy No:

Patient: Date of Birth:

AILMENT: Diagnosis (if the ailment is due to injury or by accident, where and how it happened)

What and when did symptoms first appear/manifested?

Have you suffered the same impairment in the past? If yes explain:

Give the names, with dates, of all the Medical Practitioners that have examined you for the present ailment:

1..... Date: Tel:

2..... Date: Tel:

DECLARATION - ΔΗΛΩΣΗ
 I hereby certify that the above answers are true and correct and I authorise all Medical Practitioners, Hospitals/ clinics, or other institutions who at any time have examined or admitted me to furnish to TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD , as Authorized Cover holder with whatever certificates or information it may require to examine this claim.

Policyholder/ Insured Signature: Date:

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αρ. Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου:..... Όνομα κατόχου Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου:.....

Όνομα Ασθενούς:..... Ημερ. Γέννησης:..... Τηλέφωνο:.....

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α – ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Δήλωση Θεράποντα Ιατρού

Ο υπογράφων ιατρός με ειδικότητα εξέτασα σήμερα τον πιο πάνω αναφερόμενο ασθενή και διέγνωσα ότι αυτός/η πάσχει από

.....
Όνομα Θεράποντα Ιατρού Υπογραφή Τηλέφωνο Ημερομηνία

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. 2. 3. 4.

5. 6. 7. 8.

.....
Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού Ημερομηνία

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. 2. 3. 4.

5. 6. 7. 8.

.....
Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού Ημερομηνία

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό

1. 2. 3. 4.

5. 6. 7. 8.

.....
Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού Ημερομηνία

ΜΕΡΟΣ Β- ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Δήλωση Θεράποντα Ιατρού

Όνομα Ασθενούς Ημερομηνία Γέννησης:.....

Ασθένεια Ατύχημα

Συμπτώματα:
.....
.....

1. Αιτία ατυχήματος / Ασθένειας
.....

2. Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; (Αν δεν είστε σίγουρος/η αναφέρετε ημερομηνία κατά προσέγγιση)
.....

3. Πότε εξετάσατε τον ασθενή για πρώτη φορά για την παρούσα ασθένεια; (Ακριβής Ημερομηνία)
.....

4. Είχε ποτέ ο/η ασθενής στο παρελθόν εξεταστεί από άλλο ιατρό για το ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα; Αν ναι, από ποιόν και πότε;
.....

5. Κλινικά Ευρήματα
.....

6. Σε περίπτωση τραυματισμού από ατύχημα, υπήρχαν ορατά σημεία τραυματισμού που να υποδηλώνουν την ύπαρξη ατυχήματος; (δώστε λεπτομερή περιγραφή)

7. Περιγράψτε τη θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή που συστήθηκε

8. Λεπτομερής Διάγνωση

9. Ο ασθενής έχει αποθεραπευθεί; (Αν όχι εξηγήστε)

Όνομα Θεράποντα Ιατρού..... Ειδικότητα.....

Υπογραφή..... Τηλ..... Ημερομηνία.....

Κατάσταση Λογαριασμού Κλινικής/Νοσοκομείου (Να επισυναφθούν πρωτότυπες αποδείξεις)

Ημερομηνία εισαγωγής..... Ημερομηνία.....

3. Έξοδα διαμονής:ημέρες @ €ανά ημέρα €.....

4. Αμοιβή Χειρουργού €.....

3. Έξοδα Νοσοκομείου-Επέμβαση/Χειρουργίο €.....

Αναισθησιολόγος €.....

Εξετάσεις/Ακτινογραφίες €.....

Φάρμακα (δηλώστε είδος & ποσότητα) €.....

5. Χρεώσεις - πλήρης περιγραφή..... €.....

Συνολικές Χρεώσεις €.....

Σφραγίδα & Υπογραφή Κλινικής / Νοσοκομείου ή Ιατρού

Ημερομηνία

Όνομα

Τηλέφωνο

ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ / ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Όνομα Ασφαλισμένου..... Αρ. Συμβολαίου.....

Ασθενής..... Ημερομηνία Γεννήσεως.....

ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Διάγνωση (Αν η ασθένεια οφείλεται σε τραυματισμό από ατύχημα, πότε και πως συνέβη)

Τι και πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;

Είχατε υποφέρει στο παρελθόν από την ίδια δυσλειτουργία; Αν ναι εξηγήστε

Δώστε ονόματα και ημερομηνίες όλων των Ιατρών που σας έχουν εξετάσει για την παρούσα δυσλειτουργία:

1..... Date: Tel:

2..... Date: Tel:

ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα δήλωση πιστοποιώ ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθείς και ακριβείς και εξουσιοδοτώ όλους τους θεράποντες Ιατρούς/Νοσοκομεία/Κλινικές ή άλλα ιατρικά ιδρύματα τα οποία σε οποιοδήποτε χρόνο με έχουν εξετάσει ή εισάξει σαν εσωτερικό ασθενή να δώσουν στην TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD, ως εξουσιοδοτημένο κάτοχο οποιεσδήποτε πληροφορίες ή πιστοποιητικά που πιθανόν να χρειαστούν για τη μελέτη της απαίτησης αυτής.

Ιδιοκτήτης συμβολαίου/ασφαλισμένος :

Ημερομηνία:

