



CYPRIALIFE

Αρ. Εγγρ. 46532 – Ιδιωτική
Λεωφ. Ακροπόλεως 17, 2006 Στρόβολος.
Τηλ. 22 11 12 13

Αρ. Συμβολαίου:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παρακαλούμε όπως ζητήσετε από τον Ιατρό σας να συμπληρώσει το πιο κάτω πιστοποιητικό (με δικά σας έξοδα) το οποίο έχετε την ευθύνη να μας υποβάλετε μαζί με το έντυπο απαιτήσεως.

Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Αρ. Ταυτότητας

Διεύθυνση

Επάγγελμα

1. Αναφέρετε ημερομηνία εξέτασης για:

Πρώτη φορά Τελευταία φορά Σύνολο εξετάσεων

2. Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο ιατρό; Αναφέρετε από ποιο και πότε.

3. α) Δώστε λεπτομερή αναφορά του ατυχήματος/ασθένειας όπως σας το περιέγραψε ο ασθενής:

β) Κατά την άποψη σας, το ατύχημα/ασθένεια οφείλεται στο πιο πάνω περιστατικό;

4. Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του ατυχήματος; Εάν ναι, περιγράψετε.

Διάγνωση:

Θεραπεία που παρασχέθηκε:

Έγινε χειρουργική επέμβαση; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες.

Περιγράψετε την εξέλιξη της κατάστασης:

Πρόγνωση:

5. Έπασχε ο ασθενής στο παρελθόν ή νοσηλεύθηκε για παρόμοιο περιστατικό (ατύχημα ή ασθένεια);

6. Απ' ότι γνωρίζετε υπέφερε ο ασφαλισμένος από σωματική βλάβη ή ασθένεια πριν από το ατύχημα; Μήπως αυτό συνέβαλε στην πρόκληση του ατυχήματος ή την παράταση της ανικανότητας;



CYPRIALIFE

Αρ. Εγγρ. 46532 – Ιδιωτική
Λεωφ. Ακροπόλεως 17, 2006 Στρόβολος.
Τηλ. 22 11 12 13

7. Για ποια περίοδο νοσηλεύθηκε ο ασθενής;

α) στο νοσοκομείο Από Μέχρι

β) στο σπίτι Από Μέχρι

8. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής σύμφωνα με το επάγγελμα του ήταν:

☐ Ολικά ανίκανος για εργασία Από Μέχρι

☐ Μερικώς ανίκανος για εργασία Από Μέχρι

9. Πότε ανέλαβε ή πότε μπορεί να αναλάβει, κατά την γνώμη σας, έστω και μερική εργασία;

.....

10. Υπάρχει περίπτωση μόνιμης ολικής ή μόνιμης μερικής αναπηρίας; Εάν ναι, τι ποσοστό αναπηρίας προβλέπετε;

11. Έχετε προβεί σε ακτινολογικές εξετάσεις ή οποιεσδήποτε άλλες διαγνωστικές εξετάσεις;

☐ Ναι ☐ Όχι (Παρακαλώ επισυνάψτε τα πιο πάνω)

12. Αναφέρετε τυχόν συμπληρωματικά στοιχεία για εκτίμηση του ατυχήματος:

.....

.....

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Στα πλαίσια της εξέτασης της απαίτησης του πιο πάνω Ασφαλισμένου η CNP CYPRIALIFE LTD («Εταιρεία») προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν πιστοποιητικό.

Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις, ότι οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς, πλήρεις και ακριβείς.

Ονοματεπώνυμο: Ειδίκευση

Υπογραφή Αρ. Τηλεφώνου

Σφραγίδα Ιατρού Ημερομηνία/...../.....