

**4.1. ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**  
**(Συμπληρώνεται από τον/την ασφαλιζόμενο/η)**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου:	Αρ. Ταυτ.	
Διεύθυνση Κατοικίας:	Τηλέφωνα:	
Διεύθυνση Εργασίας:	Τηλέφωνα:	
<b>Λεπτομέρειες Ασθένειας:</b>		
Ημερομηνία έναρξης της Ασθένειας:		
Διάγνωση:		
Ποια ήταν τα πρώτα συμπτώματα και πότε παρουσιάστηκαν:		
Νοσηλευθήκατε ποτέ σε νοσοκομείο/ κλινική γι' αυτή την ασθένεια; Αν ΝΑΙ, που και πότε;		
Ποιοι ιατροί σας παρακολούθησαν και από πότε;		
Όνομα / Ειδικότητα	Διεύθυνση / Τηλέφωνο	Ημερομηνία
Έχετε πάρει ή παίρνετε άλλα ωφελήματα για την ίδια πάθηση από άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή άλλο οργανισμό;		
<b>Εργαστηριακές/ Διαγνωστικές Εξετάσεις και Αποτελέσματα:</b>		
Είδος Εξέτασης	Ημερομηνία Εξέτασης	Αποτελέσματα

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**
**ΔΗΛΩΣΗ:**

 Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου, ότι οι πιο πάνω δηλώσεις είναι πλήρεις και αληθείς. Εξουσιοδοτώ την **Gan Direct Insurance Ltd** να ζητήσει και να πάρει από οποιονδήποτε ιατρό, νοσηλευτικό ίδρυμα και ασφαλιστική εταιρεία, πληροφορίες και εκθέσεις που αφορούν την πνευματική και σωματική μου υγεία.

Υπογραφή Ασφαλισμένου.....Ημερομηνία.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Μαζί με το έντυπο απαιτήσεων, θα πρέπει να προσκομίζονται και όλα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά (πρωτότυπα).**
**Απαραίτητα δικαιολογητικά για σοβαρής μορφής ασθένεια**

1. Έντυπα απαίτησης (πλήρως συμπληρωμένα) (Εντός 6 μηνών από την ημέρα Διάγνωσης)
2. Γνωμάτευση Ιατρού
3. Γνωμάτευση Νοσοκομείου/Κλινικής αν ο ασφαλισμένος νοσηλεύτηκε
4. Εργαστηριακές εξετάσεις ή οποιεσδήποτε άλλες διαγνωστικές εξετάσεις έγιναν, καθώς και τα αποτελέσματά τους
5. Ιατρικό Ιστορικό
6. Φωτοτυπία Βιβλιαρίου ασθένειας (αν υπάρχει)