

Ιατρικό Παραπεμπτικό

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο υπογράφων _____ με αριθμό πολιτικής ταυτότητας _____, ασφαλισμένος με την GAN DIRECT INSURANCE LTD με τον υπ' αριθμό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο _____, παρέχω την συγκατάθεση μου να γίνουν οι Γενικές Ιατρικές Εξετάσεις (check-up) σε εγκεκριμένο Ιατρικό Κέντρο.

Συμφωνώ επίσης ότι, σύμφωνα με το νόμο περί Προστασίας των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα προσωπικά δεδομένα που σας παραχωρώ διατηρούνται απόρρητα και δεν αποκαλύπτονται σε τρίτους εκτός όπως προνοεί ο νόμος. Τα Προσωπικά Δεδομένα τυγχάνουν επεξεργασίας μόνο από εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού της Εταιρείας GAN DIRECT INSURANCE LTD με κατάλληλες επαγγελματικές και τεχνικές γνώσεις.

Γνωρίζω επίσης ότι σε περίπτωση που αρνηθώ να δώσω την συγκατάθεση μου για την αποστολή της εν λόγω ιατρικής έκθεσης, είναι πιθανόν η GAN DIRECT INSURANCE LTD να μην είναι σε θέση να διεκπεραιώσει την απαίτησή μου.

Ημερομηνία: _____

Ο δηλών: _____

Συμπληρώνεται από την Gan Direct

Παρακαλώ όπως διευθετήσετε συνάντηση για τις ιατρικές σας εξετάσεις σε ένα από τα προκαθορισμένα εγκεκριμένα Ιατρικά Κέντρα, το συντομότερο δυνατόν, αλλά όχι αργότερα της μιας εβδομάδας από σήμερα, εκ μέρους και με έξοδα της GAN DIRECT INSURANCE LTD.

Ημερομηνία: _____

Εκ μέρους της GAN DIRECT INSURANCE LTD: _____

Να συμπληρωθεί από τον Γιατρό

Παρακαλώ σημειώστε οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα, κλινικό ή εργαστηριακό, το οποίο ενέκυψε από τις ιατρικές εξετάσεις, και επίσης αναφέρατε οποιοδήποτε αποτέλεσμα είναι εκτός των φυσιολογικών τιμών. Επιβάλλετε να επισυναφθούν όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις.

Παρατηρήσεις:

Ημερομηνία: _____

Όνομα Ιατρού: _____

Υπογραφή και Σφραγίδα: _____