

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ - TEMPORARY TOTAL DISABILITY CLAIM FORM

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως  
 Παρακαλούμε χρησιμοποιείτε κεφαλαία γράμματα και μην αφήνετε κενά ή απαντάτε τις ερωτήσεις με παύλα  
 Each of these questions must be answered completely  
 Please use capital letters and do not leave blanks or answer the questions with a dash

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ / For internal Use		
Αριθμός Απαίτησης Claim Number	Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Είδος Συμβολαίου: Ατομικό/Ομαδικό Type of Policy: Individual/Group
Κωδικός Ασφαλιστή Agent's Code	Ημερομηνία Λήξης Expiry Date	Απαλλαγή Excess

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / Details related to the Insured	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Διεύθυνση Address	Τηλέφωνο εργασίας Telephone No. (Work)
Επάγγελμα Occupation	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile)
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	Αριθμός τηλεομοιότυπου Fax number

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ / Details related to the Policy	
Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Ημερομηνία λήξης Expiry date
Έχουν πληρωθεί τα ασφάλιστρα; Has the premium been paid?	Αριθμός απόδειξης Receipt number
<b>Κατέχετε άλλο Συμβόλαιο το οποίο αφορά κάλυψη Προσωπικών Ατυχημάτων; Εάν Ναι δηλώστε όνομα Ασφαλιστικής Εταιρίας και αριθμό Συμβολαίου.</b> Do you hold any other Personal Accident Policy? If Yes please declare the name of the Insurance Company and Policy Number.	

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / Accident's details				
Ημερομηνία ατυχήματος Date of accident	Ώρα Time	π.μ./μ.μ a.m./p.m	Τοποθεσία Area	Επαρχία District
<b>Περιγράψτε με λεπτομέρεια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα.</b> Describe in detail under which circumstances the accident has been occurred.				

#### 4. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ / Bodily injuries

Έχετε συμβουλευτεί γιατρό; Εάν Ναι παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση ιατρικού κέντρου και γιατρού.  
Have you consulted a doctor? If Yes, please provide the name and address of the doctor and the medical center.

Παρακαλούμε δηλώστε το ονοματεπώνυμο και τον αριθμό τηλεφώνου του/των ατόμου/ων που σας μετέφερε/αν στο γιατρό.  
Please provide full name and telephone number of the person/s who transferred you to the doctor.

Παρακαλούμε δώστε σύντομη περιγραφή των τραυματισμών που έχετε υποστεί ως αποτέλεσμα του ατυχήματος.  
Please provide a brief description of the injuries sustained as a result of the accident

Ποια φαρμακευτική και άλλη ιατρική φροντίδα σας δόθηκε;  
What pharmaceutical and other medical care has been given to you?

#### 5. ΑΠΑΙΤΗΣΗ / Claim

Ποιο είναι το σύνολο των ιατρικών σας εξόδων; Παρακαλούμε επισυνάψετε τα πρωτότυπα τιμολόγια.  
What is the total cost of your medical expenses? Please attach the original invoices.

Για ποιο χρονικό διάστημα είσαστε: For how long are you:	Από From	Μέχρι To
α) κληήρης; a) Bedridden?		
β) ολοκληρωτικά ανίκανος να εκτελέσετε την εργασία σας; b) Totally disable of performing your job?		
γ) μερικώς ανίκανος να εκτελέσετε την εργασία σας; c) Partly disable of performing your job?		
δ) ικανός μόνο για ελαφρά καθήκοντα; d) Capable only for performing light duties?		

#### 6. ΙΣΤΟΡΙΚΟ / History

Σας έχει συμβεί στο παρελθόν άλλο περιστατικό για το οποίο έγινε ή θα γίνει πληρωμή από Ασφαλιστική Εταιρεία; Εάν Ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες.  
Did you have any other incident which was or will be paid by an Insurance Company? If Yes, please provide details.

### 7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / Independent eye witnesses details

Δώστε ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνα, ανεξάρτητων μαρτύρων  
Give full name, address and telephone numbers, of independent eye witnesses

Ονοματεπώνυμο Full Name	Διεύθυνση Address	Τηλέφωνο Telephone
1.		
2.		
3.		
4.		

### 8. ΑΛΛΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ / Other Details

Αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία πιθανόν να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαίτησης παρακαλούμε να την αναφέρετε.  
Please report any other information which may affect the operation or the final settling of the claim.

### 9. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Ασφαλιστική Εταιρία ALTIUS INSURANCE LTD (η Εταιρία) τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών για αξιολόγηση από τους ιατρούς που συνεργάζονται με την Εταιρία τηρούμενων των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(Ι) του 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησής μου σε περίπτωση που η Εταιρία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης. Περαιτέρω εξουσιοδοτώ την Εταιρία να αποταθεί σε οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρία ή/και νοσηλευτήρια/ διαγνωστικά κέντρα που συνεργάζονται με την Εταιρία για πληροφορίες σχετικά με ασφάλειες/απαιτήσεις που είχα ή έχω. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει.

I hereby declare that the information provided by me in the context of this form is truthful, exact and complete. In the process of the investigation/reimbursement of this specific claim I hereby authorize physicians that cooperate with ALTIUS INSURANCE LTD (the Company), and in accordance with the Personal Data Act 138 (I) and its consecutive reconsiderations, to provide all information's that are deemed necessary to the Company, for the investigation and possible reimbursement of this specific claim and according to the policy's general terms and conditions. I further authorize the Company to contact any insurance company or/and clinics/ diagnostic centers that cooperate with the Company in relation to any insurance cover/claim I have or had. This form has been completed by me and/or following my instructions and I have checked it.

Υπογραφή Ασφαλισμένου  
Signature of Insured

Ημερομηνία  
Date

**Σημ:** Συμπλήρωση ή αποδοχή του παρόντος Εντύπου δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την ALTIUS INSURANCE LTD.  
**Note:** The completion or acceptance of this Form does not imply admission of liability by ALTIUS INSURANCE LTD.

### 10. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ / Agent's Remarks
