

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
 MEDICAL CLAIM FORM – OUT PATIENT TREATMENT**

A. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON			
Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου / Insured person's name:		Αρ. Συμβολαίου / Policy No.:	
Όνοματεπώνυμο ασθενή / Patient's name:			
Ημ. γεννήσεως ασθενή / Patient's DOB:		Αρ. ταυτότητας / I.D. No.:	
Επωνυμία ομαδικού σχεδίου (Εάν ισχύει) / Name of group scheme (If applicable):			
Ηλεκτρονική διεύθυνση / Email:			
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Tel. No.:		Αρ. τηλεμοιότυπου / Fax No.:	
Υπάρχει άλλο συμβόλαιο το οποίο παρέχει κάλυψη για το περιστατικό; / Is there another contract providing cover for the incident? Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If yes, please give details:			
Σε περίπτωση ατυχήματος παρακαλώ δώστε στοιχεία (Που, Πως, Πότε, Παροχή Α' βοηθειών) / In case of accident please provide details (Where, How, When, First Aid service provided):			
ΔΗΛΩΣΗ & ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED PERSON'S DECLARATION & AUTHORIZATION:			
<p>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 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(I) του 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσο δεδομένων είναι ανεπώνυμα και αναφέρονται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η εταιρία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά ποσό θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης. Περαιτέρω εξουσιοδοτώ την Altius Insurance Ltd να αποσταθεί σε οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρία ή/και Ιατρό ή/και Νοσηλεύτριο ή/και Διαγνωστικό Κέντρο, για πληροφορίες σχετικά με ασφάλειες ή/και παθήσεις ή/και ατυχήματα ή/και διαγνωστικές εξετάσεις ή/και απαιτήσεις που είχα ή/και έχω οι οποίες σχετίζονται με την απαίτηση υπό διερεύνηση. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει. / I hereby declare that the information provided in this form is truthful, exact and complete. At the stage of claim for reimbursement, I hereby consent to provide Altius Insurance Ltd with the results of any medical and diagnostic tests and treatments that are deemed necessary for the purpose of evaluation by physicians that cooperate with Altius Insurance Ltd, in accordance with the Personal Data Act 138(I) and its consecutive amendments, of information only and entirely relevant for the investigation of my claim, if the company deems it absolutely necessary in order to decide whether to reimburse the claim or/and to specify the level of reimbursement according to the policy's general terms and conditions. I further authorize Altius Insurance Ltd to contact any other Insurance Company or/and Physician or/and Hospital or/and Diagnostic Centre for information about insurance covers or/and medical conditions or/and accidents or/and diagnostic examinations or/and claims that I had or/and have and which is relevant to the claim under investigation. This form has been completed by myself or following my instructions and has been checked by me.</p>			
Υπογραφή ασφαλισμένου /Insured person's signature: Ημερομηνία / Date: / /			
B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER			
Όνομα υπογεγραμμένου ιατρού / Undersigned doctor's name:			
Ειδικότητα / Specialty:		Ημ. εξέτασης / Examination date: / /	
1. Συμπτώματα / Symptoms:			
1.1 Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα / Date first symptoms appeared: / /			
2. Τελική διάγνωση (αιτία προβλήματος) / Final diagnosis (problem's cause):			
3. Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης σε ιατρό για το περιστατικό / Date of first visit to doctor for the incident: / /			
4. Από πότε χρονολογείται το πρόβλημα; / Since when does the problem exist? / /			
5. Θεραπεία που παρασχέθηκε ή/και θα ακολουθηθεί / Treatment provided or/and to follow:			
6. Αμοιβή ιατρού / Doctor's fees			€
7. Θεραπευτική αγωγή (συνταγή φαρμάκων) που συνεστήθη ή/και χορηγήθηκε /Drugs recommended or/and provided			
	€		€
	€		€
8. Διαγνωστικές εξετάσεις ή/και άλλα ιατρικά έξοδα / Diagnostic tests or/and other medical expenses			
	€		€
	€		€
9. Συνολικό ποσό εξόδων που απαιτείται /Total expense's amount claimed			€
Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού / Doctor's stamp & signature			Ημερομηνία / Date