

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΤΗ – ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ**

(Συμπληρώνεται από τον Απαιτητή. Αφορά όλα τα ωφελήματα εκτός Θάνατο.

1	Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου:	
2	Αριθμός Ασφαλιστηρίου & Ασφαλισμένο Ποσό:	
3	Διεύθυνση:	
	Αριθμός Τηλεφώνου:	
4	(α) Ημερομηνία Γεννήσεως:	
	(β) Ημερομηνία Ανικανότητας:	
5	Η Ανικανότητα σας είναι αποτέλεσμα Ατυχήματος;	<u>ΝΑΙ / ΟΧΙ</u>
	Αν ΝΑΙ δηλώστε πως έχει συμβεί:	
6	Εκκρεμεί οποιοσδήποτε δικαστικός αγώνας;	<u>ΝΑΙ / ΟΧΙ</u>
	Αν ΝΑΙ δώστε Όνομα, Διεύθυνση και Τηλέφωνο του Δικηγόρου σας.	
7	Η Ανικανότητα σας είναι αποτέλεσμα Ασθένειας;	<u>ΝΑΙ / ΟΧΙ</u>
	Αν ΝΑΙ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της ασθένειας.	
8	Είχατε ποτέ την ίδια ή παρόμοια κατάσταση;	<u>ΝΑΙ / ΟΧΙ</u>
	Αν ΝΑΙ δηλώστε πότε και δώστε λεπτομέρειες.	
9	(α) Τελευταία μέρα που έχετε εργαστεί;	(α)
	(β) Είστε ακόμη ολικά ανίκανος;	(β)
	(γ) Με ποιο είδος εργασίας ενασχολείστε;	(γ)
	(δ) Μπορέσατε να εκτελέσετε οποιαδήποτε εργασία από τη μέρα της ανικανότητάς σας;	(δ)
	(ε) Πότε υπολογίζετε να επιστρέψετε στην εργασία σας;	(ε)
	(στ) Τι είδος αναπηρίας έχετε σήμερα και δεν μπορείτε να εργαστείτε;	(στ)

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΤΗ – ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ					
10	Ποίο είναι το επίπεδο μόρφωσης σας και πότε έχει συμπληρωθεί;	ΔΗΜΟΤΙΚΗ	ΜΕΣΗ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	ΑΝΩΤΕΡΗ
11	Δηλώστε άλλη Ειδική Εκπαίδευση:				
12	Αναφέρετε όλους τους Ιατρούς που σας παρακολούθησαν κατά τη διάρκεια της ανικανότητά σας και τις ημερομηνίες περίθαλψης.	ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
		1.			
		2.			
13	Αναφέρετε τα ονόματα των νοσοκομείων ή άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία νοσηλεύτηκατε κατά τη διάρκεια της ανικανότητά σας και τις ημερομηνίες περίθαλψης.	ΟΝΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
		1.			
		2.			
14	Έχετε οποιαδήποτε κάλυψη με άλλες Ασφαλιστικές Εταιρίες;  Αν ΝΑΙ, δώστε το όνομα της εταιρίας και τον αριθμό του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.	<u>ΝΑΙ / ΟΧΙ</u>			
		ΕΤΑΙΡΙΑ		ΠΟΣΟ	
		1.			
15	Δηλώστε τις Απολαβές σας κατά την ημερομηνία ανικανότητας	3.			
<b>ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>		<b>DECLARATION</b>			
Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι <input type="checkbox"/> ο ασθενής, <input type="checkbox"/> ο γονέας ή κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών),  και ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού και των επισυναπτόμενων εγγράφων είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και συμφωνώ ό,τι εάν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή ή αναληθή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων ή/και εγγράφων, το δικαίωμά μου για αποζημίωση θα χαθεί πλήρως.		I hereby declare that I am <input type="checkbox"/> The patient, <input type="checkbox"/> The patient's parent or guardian (if the patient is under 18 years old),  and that all information on this form and the attached documents are true, accurate and complete and I agree that if I have made or will make any false or untrue statement, concealment or falsification of facts and/or documents, my right to compensation will be forfeited.			
<b>Όνοματεπώνυμο ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών):</b> Name of patient (parent or guardian if patient is under 18 years old)					
<b>Υπογραφή ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών):</b> Signature of Insured (parent or guardian if patient is under 18 years old)					
<b>Ημερομηνία</b> Date					
Date					

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	STATEMENT OF CONSENT
<p>Δηλώνω ότι ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Altius Insurance Ltd (<b>εφεξής η «Εταιρεία»</b>) για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρεία αλλά και για τα δικαιώματα που έχω ως υποκείμενο των δεδομένων μου.</p> <p>Δηλώνω επίσης ότι ενημερώθηκα πως η συλλογή των ως άνω δεδομένων μου, δυνάμει του εντύπου αυτού, γίνεται για το σκοπό:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποτροπής παράνομης απαίτησης ή/και απάτης από τη διεκδίκηση χρημάτων εις διπλούν από το ίδιο πρόσωπο από δύο διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες.</li> <li>• Συλλογής αποδεικτικών στοιχείων όπως αποτελέσματα των ιατρικών / διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών για σκοπούς επεξεργασίας της απαίτησης.</li> <li>• Ορθής εσωτερικής διοίκησης και λειτουργίας της Εταιρείας, όπως και για την επιβεβαίωση της κάλυψης.</li> <li>• Επιβεβαίωσης κατά πόσον η ασθένεια, ατύχημα, περίθαλψη, κλπ, για την οποία γίνεται η απαίτηση του ασθενή, είναι τέτοια ώστε να καλύπτεται όντως από το παρόν σχέδιο.</li> </ul> <p>Κατανοώ ότι η Εταιρεία θα επεξεργαστεί τα δεδομένα τα οποία έχω συμπεριλάβει στο παρόν έντυπο και οποιαδήποτε επιπρόσθετα ιατρικά πιστοποιητικά / έγγραφα τα οποία τυχόν να παραχωρηθούν εκ μέρους μου στην Εταιρεία.</p> <p>Σε περίπτωση που για την αξιολόγηση και διευθέτηση της απαίτησής μου, εκτός από τα πιο πάνω στοιχεία, είναι απολύτως αναγκαία η περαιτέρω συζήτηση του περιστατικού και των λεπτομερειών της θεραπείας μου με τον ιατρό μου, ενημερώθηκα ότι η Εταιρεία θα επικοινωνήσει με τον ιατρό μου, μόνο εάν της δώσω την γραπτή συγκατάθεσή μου γι' αυτό.</p> <p>Παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου στην Εταιρεία να συζητήσει με τον Ιατρό μου την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου. <input type="checkbox"/></p> <p>Ενημερώθηκα για το δικαίωμα μου να ανακαλέσω την συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή. Ωστόσο, σε μια τέτοια περίπτωση – ενδέχεται να επηρεαστεί η αξιολόγηση της απαίτησής μου.</p>	<p>I declare that I have been informed orally and through the Altius Insurance Ltd website (hereinafter "the Company") of the processing of personal data and the special category of personal data carried out by the Company but also the rights I have as a subject of my data.</p> <p>I also declare that I have been informed that the collection of the above data of mine, by virtue of this form, is done for the purpose of:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventing an illegal claim and/or fraud from claiming money in duplicate by the same person from two different insurance companies.</li> <li>• Collection of evidence such as the results of my medical/diagnostic tests and treatments for the purpose of processing the claim.</li> <li>• Proper internal management and operation of the Company, as well as confirmation of the coverage.</li> <li>• Confirmation whether the illness, accident, medical care, etc., for which the patient's claim is made, is such that it is actually covered by this plan.</li> </ul> <p>I understand that the Company will process the data I have included in this form and any additional medical certificates / documents that may be provided by me to the Company.</p> <p>In the event that in order to assess and settle my claim, in addition to the above information, it is absolutely necessary to further discuss the incident and the details of my treatment with my doctor, I have been informed that the Company will contact my doctor, only if I give them my written consent for it.</p> <p>I give my explicit consent to the Company to discuss with my Doctor my illness and the details of my treatment. <input type="checkbox"/></p> <p>I have been informed of my right to withdraw my consent at any time. However, in such a case – the assessment of my claim may be affected.</p>
<p><b>Υπογραφή – Να υπογραφεί από τον Ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών)</b> Signature – To be signed by the patient (parent or guardian if the patient is under 18 years old)</p>	
<p><b>Ημερομηνία</b> Date</p>	