

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΩΦΕΛΗΜΑΤΟΣ LADYPLAN
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένης: _____ Αρ. Ασφαλιστηρίου: _____

Ημερομηνία Γεννήσεως: _____ Αριθμός Ταυτότητας: _____

1. Είστε ο συνήθης Θεράπωντας Ιατρός; Ναι Όχι

2α. Πότε σας επισκέφτηκε για πρώτη φορά η ασφαλισμένη εκτός του παρόντος περιστατικού;

Ημερομηνία: _____

Για ποιο λόγο; _____

2β. Πότε σας επισκέφτηκε η ασφαλισμένη για το παρόν περιστατικό;

Ημερομηνία: _____

3. Για πόσο καιρό υπήρχαν τα συμπτώματα προτού σας επισκεφτεί;

4. Έχουν διενεργηθεί οποιεσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ βιοψία); Ναι Όχι

Αν «ΝΑΙ» ποιες διαγνωστικές εξετάσεις και ποια τα αποτελέσματα (παρακαλώ όπως στην περίπτωση που έχει διενεργηθεί βιοψία να σταλούν τα σχετικά αποτελέσματα);

5. Ποια είναι η τελική διάγνωση και ποια η ημερομηνία διάγνωσης;

6. Αναφέρετε όλους τους Ιατρούς που επισκέφτηκε η ασφαλισμένη σε σχέση με τη συγκεκριμένη πάθηση

Όνομα	Νοσοκομείο	Ημερομηνία
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Ακολουθεί η ασφαλισμένη οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή; Ναι Όχι

Αν «ΝΑΙ» για πόσο καιρό και ποια θεραπευτική αγωγή ακολουθείται;

ALTIUS INSURANCE

8. Ακολουθεί η ασφαλισμένη οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή; Ναι Όχι

Αν «ΝΑΙ» για πόσο καιρό και ποια φαρμακευτική αγωγή ακολουθείται;

9. Παρακαλώ όπως μας δοθούν οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες οι οποίες σχετίζονται με το περιστατικό και τις οποίες γνωρίζετε αλλά δεν αναφέρονται πιο πάνω.

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	DECLARATION
<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι</p> <p><input type="checkbox"/> ο ασθενής,</p> <p><input type="checkbox"/> ο γονέας ή κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών),</p> <p>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 δικαίωμα μου για αποζημίωση θα χαθεί πλήρως.</p>	<p>I hereby declare that I am</p> <p><input type="checkbox"/> The patient,</p> <p><input type="checkbox"/> The patient's parent or guardian (if the patient is under 18 years old),</p> <p>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.</p>
<p>Όνοματεπώνυμο ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών): Name of patient (parent or guardian if patient is under 18 years old)</p>	
<p>Υπογραφή ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών) Signature of Insured (parent or guardian if patient is under 18 years old)</p>	
<p>Ημερομηνία Date</p>	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**STATEMENT OF CONSENT**

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Altius Insurance Ltd (**εφεξής η «Εταιρεία»**) 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.

Δηλώνω επίσης ότι ενημερώθηκα πως η συλλογή των ως άνω δεδομένων μου, δυνάμει του εντύπου αυτού, γίνεται για το σκοπό:

- Αποτροπής παράνομης απαίτησης ή/και απάτης από τη διεκδίκηση χρημάτων εις διπλούν από το ίδιο πρόσωπο από δύο διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες.
- Συλλογής αποδεικτικών στοιχείων όπως αποτελέσματα των ιατρικών / διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών για σκοπούς επεξεργασίας της απαίτησης.
- Ορθής εσωτερικής διοίκησης και λειτουργίας της Εταιρείας, όπως και για την επιβεβαίωση της κάλυψης.
- 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.

Κατανώ 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.

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.

Παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου στην Εταιρεία να συζητήσει με τον Ιατρό μου την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου.

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.

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.

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:

- Preventing an illegal claim and/or fraud from claiming money in duplicate by the same person from two different insurance companies.
- Collection of evidence such as the results of my medical/diagnostic tests and treatments for the purpose of processing the claim.
- Proper internal management and operation of the Company, as well as confirmation of the coverage.
- 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.

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.

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.

I give my explicit consent to the Company to discuss with my Doctor my illness and the details of my treatment.

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.

Υπογραφή – Να υπογραφεί από τον Ασθενή (γονέας ή κηδεμόνας αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών)

Signature – To be signed by the patient (parent or guardian if the patient is under 18 years old)

Ημερομηνία

Date