

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ
TEMPORARY TOTAL DISABILITY**

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως. / Each of these questions must be answered completely.			
1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ / DETAILS RELATED TO THE INSURED AND THE POLICY			
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας / Identity card number		
Διεύθυνση Οικίας / Home Address	Τηλέφωνο εργασίας / Work phone No.		
Επάγγελμα / Occupation	Αριθμός κινητού τηλεφώνου / Mobile phone no.		
Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail address	Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number		
Κατέχετε άλλο Συμβόλαιο το οποίο παρέχει κάλυψη για το ατύχημα; Εάν Ναι, δώστε λεπτομέρειες. / Do you hold any other Policy which provides coverage for the accident? If Yes, please declare the details.			
2. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣΗΣ / OCCUPATIONAL DETAILS			
Τίτλος Εργασίας / Job Title	Όνομα εργοδότη / Employer's name		
Ημερομηνία ανικανότητας προς εργασία / Date of incapacity to work	Ημερομηνία επιστροφής στην εργασία / Date of return to work		
Περιγράψτε με λεπτομέρεια τα καθήκοντα σας. / Describe your work duties in detail.			
3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / ACCIDENT'S DETAILS			
Ημερομηνία ατυχήματος / Date of accident	Ώρα π.μ./μ.μ Time a.m./pm	Τοποθεσία / Area	Επαρχία / District
Περιγράψτε με λεπτομέρεια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα. / Describe in detail the circumstances under which the accident occurred.			

4. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ / BODILY INJURIES		
Έχετε συμβουλευτεί ιατρό; Εάν Ναι παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση ιατρικού κέντρου και ιατρού. / Have you consulted a doctor? If Yes, please provide the name and address of the medical center and 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.		
Αναφέρετε διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν διενεργηθεί ή/και φαρμακευτική και άλλη ιατρική φροντίδα που σας έχει δοθεί. / Please mention any diagnostic tests that have been performed and/or pharmaceutical and other medical care that has been given to you.		
5. ΑΠΑΙΤΗΣΗ / CLAIM		
Για ποιο χρονικό διάστημα είσαστε: / For what period of time have you been:	Από / From	Μέχρι / To
α) κλινήρης; / 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. / Have you had any other incident in the past for which payment has been or will be made by an Insurance Company? If Yes, please provide details.		
7. Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / INDEPENDENT EYEWITNESSES DETAILS		
Δώστε ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνα, ανεξάρτητων μαρτύρων / Give full name, address and telephone numbers, of independent eyewitnesses		
Όνοματεπώνυμο / Full Name	Διεύθυνση / Address	Τηλέφωνο / Telephone
1.		
2.		
3.		

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΑΣ ΜΕΤΕΦΕΡΑΝ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ / DETAILS OF PERSONS WHO TRANSFERRED YOU TO THE DOCTOR		
Δώστε ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνα των ατόμων / Give full name, address and telephone numbers of individuals		
Όνοματεπώνυμο / Full Name	Διεύθυνση / Address	Τηλέφωνο / Telephone
1.		
2.		
3.		
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 that may affect the handling or the final settlement of the claim.		
9. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗ / REQUIRED DOCUMENTS FOR SUBMISSION		
<ul style="list-style-type: none"> • Άδεια Ασθενείας / Sick leave • Πιστοποιητικό αποδοχών / Payslip • Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν υπάρχουν) / Results of diagnostic tests (if available) • Τελική διάγνωση από θεράποντα ιατρό / Final diagnosis by medical practitioner 		

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 δικαίωμά 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): / Full 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
<p>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.</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"> • 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. <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"> • 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. <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>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)</p>	
<p>Ημερομηνία / Date</p>	