

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ
LOSS OF INCOME CLAIM FORM**

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως / All following questions must be answered completely	
A. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας / Identity card number
Διεύθυνση Οικίας / Home Address	Ημερομηνία Γεννήσεως / Date of Birth
Επάγγελμα / Profession	Τηλέφωνο εργασίας / Work phone no
Απασχολείστε με οποιαδήποτε άλλη εργασία/επάγγελμα / Are you occupied with any other work/profession	Αριθμός κινητού τηλεφώνου / Mobile phone no.
Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail address	Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number
Από πότε χρονολογείται το πρόβλημα. / Since when does the problem exist.	Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης σε Ιατρό για το περιστατικό. / Date of first visit to a doctor for the incident.
Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα. / Date first symptoms occurred.	
Περιγράψτε με λεπτομέρεια τα συμπτώματα. / Describe the symptoms in detail.	
Παρόμοια προηγούμενη κατάσταση / Previous similar condition	Ναι / Όχι Yes/ No
Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες (κατάσταση/ θεραπεία κτλ). / If Yes please provide details (condition/ treatment etc).	
Ημερομηνία που ξεκινά η ολική ανικανότητα. / Date that the total disability starts.	
Τελευταία μέρα που έχετε εργαστεί. / Last date you worked.	
Με ποιο είδος εργασίας ενασχολείστε. / In what kind of work are you occupied with.	
Μπορέσατε να εκτελέσετε οποιαδήποτε εργασία από τη μέρα της ασθένειας σας. / Have you been able to perform any work since your illness.	Ναι/ Όχι Yes/ No
Πότε υπολογίζετε να επιστρέψετε στην εργασία σας; / When do you estimate returning to your duties?	
Τι είδους ασθένεια έχετε σήμερα και δεν μπορείτε να εργαστείτε; / What kind of illness do you have today that makes you unable of working?	
Περιγραφή καθηκόντων εργασίας. / Description of Job Duties.	

<p>Έχετε εισπράξει για την ίδια περίπτωση αποζημίωση από άλλη πηγή (ασφάλιση ιδιωτική ή κοινωνική, ταμεία υγείας κτλ); Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες. / Have you been compensated from any other source (private or social insurance, health funds etc.) for the same incident? If Yes, please provide details.</p>	
<p>Κατέχετε άλλο συμβόλαιο το οποίο παρέχει κάλυψη για την ασθένεια; Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες. / Do you hold another policy provides coverage for the illness? If Yes, please provide details.</p>	
<p>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗ / DOCUMENTS FOR SUBMISSION</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Άδεια Ασθενείας / Sick leave • Πιστοποιητικό αποδοχών / Payslip • Αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν υπάρχουν) / Results of diagnostic tests (if available) 	
<p>ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</p>	
<p>DECLARATION</p>	
<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι</p> <p><input type="checkbox"/> ο ασθενής, <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, <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>	
<p>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</p>	
<p>STATEMENT OF CONSENT</p>	
<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, περιθάλψη, κλπ, για την οποία γίνεται η απαίτηση του ασθενή, είναι τέτοια ώστε να καλύπτεται όντως από το παρόν σχέδιο. <p>Κατανώ ότι η Εταιρεία θα επεξεργαστεί τα δεδομένα τα οποία</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</p>

<p>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>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>	

B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER		
Λεπτομέρειες ιατρικής κατάστασης του ασθενή / Details of patient's medical condition		
Συμπτώματα / Symptoms:		
Από πότε χρονολογείται το πρόβλημα / Since when does the problem exist:		
Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα / Date first symptoms occurred:		
Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης του ασθενή σε Ιατρό / Date of patient's first visit to the medical practitioner:		
Τελική Διάγνωση / Final Diagnosis:		
Αιτία προβλήματος / Cause of problem:		
Θεραπεία που συνεστήθη ή/και θα ακολουθηθεί (Φαρμακευτική αγωγή). / Treatment recommended and/or will be followed (Drugs recommended).		
Διαγνωστικές εξετάσεις ή/και άλλα ιατρικά έξοδα / Diagnostic tests and/or other medical expenses:		
Ανικανότητα / Disability		
Για ποιο χρονικό διάστημα θα είναι: / For how long will it be:	Από / From	Μέχρι / To
α) κλινήρης; / a) bedridden?		
β) ολοκληρωτικά ανίκανος να εκτελεί την εργασία του; / b) disable of performing his/her job totally?		
γ) μερικώς ανίκανος να εκτελεί την εργασία του; / c) partly disable of performing his/her job?		
δ) ικανός μόνο για ελαφρά καθήκοντα; / d) capable only for performing light duties?		

Άλλες λεπτομέρειες / **Other details**

Αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που πιθανόν να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαίτησης, παρακαλούμε να την αναφέρετε. / **If there is any other information that may affect the handling or final settlement of the claim, please provide it.**

ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ / **MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION:**

Εγώ, ο υποφαινόμενος ιατρός / **I, the medical practitioner appearing below:**

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο αυτό είναι αληθείς και πλήρεις και δεν έχω παραλείψει να δώσω περαιτέρω πληροφορίες ή στοιχεία. Αναλαμβάνω να παρέχω στην Altius Insurance Ltd κάθε δυνατή βοήθεια. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή/και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει. / **I hereby declare that the information provided in this form is truthful and complete and that I have not omitted to provide any further information or data. I undertake to provide Altius Insurance Ltd with every possible assistance. This form has been completed by me and/or in accordance with my instructions, and I have reviewed it.**

Υπογραφή & σφραγίδα θεράποντα ιατρού / **Medical practitioner's stamp & signature**
Ημερομηνία / **Date**