

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΤΗ – ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ CLAIMANT'S DECLARATION - PROOF OF DISABILITY		
Συμπληρώνεται από τον Απαιτητή. Αφορά όλα τα ωφελήματα εκτός Θάνατο. To be completed by the Claimant. Applies to all benefits except Death.		
1	Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου / Full Name of Insured	
2	Αριθμός Ασφαλιστηρίου & Ασφαλισμένο Ποσό / Policy Number & Sum Assured	
3	Διεύθυνση / Address	
	Αριθμός Τηλεφώνου / Telephone No	
4	(α) Ημερομηνία Γεννήσεως / (a) Date of Birth	
	(β) Ημερομηνία Ανικανότητας / (b) Date of Disability	
5	Η Ανικανότητά σας είναι αποτέλεσμα ατυχήματος; / Is your disability the result of an accident?	NAI / YES ☐ OXI / NO ☐
	Αν ΝΑΙ δηλώστε πως έχει συμβεί: / If YES, please state how it occurred:	
6	Εκκρεμεί οποιοσδήποτε δικαστικός αγώνας; / Is there any pending legal action?	NAI / YES ☐ OXI / NO ☐
	Αν ΝΑΙ δώστε Όνομα, Διεύθυνση και Τηλέφωνο του Δικηγόρου σας: / If YES, please provide the Name, Address and Telephone Number of your Lawyer:	
7	Η Ανικανότητά σας είναι αποτέλεσμα Ασθένειας; / Is your disability the result of an illness?	NAI / YES ☐ OXI / NO ☐
	Αν ΝΑΙ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της ασθένειας: / If YES, please provide full details of the symptoms and the progression of the illness:	
8	Είχατε ποτέ την ίδια ή παρόμοια κατάσταση; / Have you ever had the same or a similar condition?	NAI / YES ☐ OXI / NO ☐
	Αν ΝΑΙ δηλώστε πότε και δώστε λεπτομέρειες: / If YES, please state when and provide details:	
9	(α) Τελευταία μέρα που έχετε εργαστεί: / (a) Last day worked:	(α/a)
	(β) Είστε ακόμη ολικά ανάκανος; / (b) Are you still totally disabled?	(β/b)
	(γ) Με ποιο είδος εργασίας ενασχολείστε; / (c) What is your occupation?	(γ/c)
	(δ) Μπορέσατε να εκτελέσετε οποιαδήποτε εργασία από τη μέρα της ανικανότητάς σας; / (d) Did you perform any work since the date of your disability?	(δ/d)

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΤΗ – ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ CLAIMANT'S DECLARATION - PROOF OF DISABILITY				
	(ε) Πότε υπολογίζετε να επιστρέψετε στην εργασία σας; / (e) When do you expect to return to work;	(ε/ε)		
	(στ) Τι είδος αναπηρίας έχετε σήμερα και δεν μπορείτε να εργαστείτε; / (f) What type of disability do you currently have that prevents you from working?	(στ/ι)		
10	Ποιο είναι το επίπεδο μόρφωσης σας και πότε έχει συμπληρωθεί; / What is your level of education and when did you complete it ?	ΔΗΜΟΤΙΚΗ / PRIMARY	ΜΕΣΗ / SECONDARY	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ / TERTIARY
				ΑΝΩΤΕΡΗ / HIGHER
11	Δηλώστε άλλη Ειδική Εκπαίδευση: / Please provide details of any other Specialised Education / Training:			
12	Αναφέρετε όλους τους Ιατρούς που σας παρακολούθησαν κατά τη διάρκεια της ανικανότητά σας και τις ημερομηνίες περίθαλψης. / Please provide the names of all Doctors who treated you during your period of disability and the dates of treatment.	ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ / DOCTOR NAME	ΤΗΛΕΦΩΝΟ / TELEPHONE	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE
		1.		
		2.		
		3.		
13	Αναφέρετε τα ονόματα των νοσοκομείων ή άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία νοσηλεύτηκατε κατά τη διάρκεια της ανικανότητά σας και τις ημερομηνίες περίθαλψης. / Please provide the names of all hospitals or other medical institutions where you were admitted during your period of disability, together with the dates of treatment.	ΟΝΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ HOSPITAL NAME	ΤΗΛΕΦΩΝΟ / TELEPHONE	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE
		1.		
		2.		
		3.		
14	Έχετε οποιαδήποτε κάλυψη με άλλες Ασφαλιστικές Εταιρείες; / Do you have any insurance coverage with other Insurance Companies? Αν ΝΑΙ, δώστε το όνομα της εταιρείας και τον αριθμό του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. / If YES, please provide the name of the company and the Policy Number.	ΝΑΙ / YES ☐		ΟΧΙ / NO ☐
		ΕΤΑΙΡΕΙΑ / COMPANY	ΠΟΣΟ / AMOUNT	
		1.		
		2.		
15	Δηλώστε τις Απολαβές σας κατά την ημερομηνία ανικανότητας. / Please state your earnings as at the date of your disability.			

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	DECLARATION
Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι ☐ ο ασθενής, ☐ 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 δικαίωμα μου για αποζημίωση θα χαθεί πλήρως.	I hereby declare that I am ☐ The patient, ☐ 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.
Ονοματεπώνυμο 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):	
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):	
Ημερομηνία: Date:	

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. 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. 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	