

Έντυπο Αποζημίωσης για Νοσοκομειακή Περίθαλψη / In Hospital Treatment



ΜΕΡΟΣ Α / PART A

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ & ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: _____ Α.Δ.Τ.: _____
POLICY No. & COMPANY NAME ID. No.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: _____
NAME OF INSURED

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
NAME OF PATIENT

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ: _____
DATE OF BIRTH RELATIONSHIP

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____
ADDRESS TELEPHONE NO.

ΠΑΘΗΣΗ (ΔΙΑΓΝΩΣΗ) - Αν οφείλεται σε σωματική βλάβη από ατύχημα, αναφέρετε που και πως έχει συμβεί. Αν όχι, δηλώστε σαφή διάγνωση της.
AILMENT (DIAGNOSIS) - If the ailment is due to injury from accident, state where and how it happened. If not, please provide the exact diagnosis.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / INFORMATION

Στα πλαίσια της εξέτασης της απαίτησης σας η **ERB CYPRIALIFE LIMITED**, προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν καθώς και αυτά των ατόμων τα οποία κατονομάζονται στην αίτησή σας.

Η **ERB CYPRIALIFE LIMITED** ζητεί όσα δεδομένα είναι απαραίτητα και συναφή με τους σκοπούς εξέτασης της απαίτησης σας. Κάποια από τα δεδομένα σας θα διαβιβάζονται σε συνεργάτες της **ERB CYPRIALIFE LIMITED** για σκοπούς αξιολόγησης της απαίτησης σας (για παράδειγμα ιατρούς).

Η **ERB CYPRIALIFE LIMITED** όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλειά τους. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποταθείτε στην Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της **ERB CYPRIALIFE LIMITED** στην ιστοσελίδα μας.

In the context of examining your Claim, **ERB CYPRIALIFE LIMITED** intends to collect and process your personal data, as well as the data of individuals mentioned in your Claim.

ERB CYPRIALIFE LIMITED requests data which are necessary and relevant to the purpose of examining your Claim. Certain data that concern you will be forwarded to **ERB CYPRIALIFE LIMITED** associates for the purpose of evaluating your Claim (such as doctors for instance).

When **ERB CYPRIALIFE LIMITED** collects and processes personal data, it ensures that this is carried out in a legitimate manner and that all necessary measures are taken in order to ensure their safety. For more information, please refer to **ERB CYPRIALIFE LIMITED** Personal Data Policy that is available on our website.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τα άτομα τα στοιχεία των οποίων περιέχονται σε αυτή την απαίτηση, σχετικά με την παροχή από μέρους μου των προσωπικών δεδομένων στην **ERB CYPRIALIFE LIMITED**.

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης, θα παρέχω στην **ERB CYPRIALIFE LIMITED** τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών τα οποία είναι αναγκαία για την εξέταση της απαίτησης μου από την **ERB CYPRIALIFE LIMITED**. Η εξέταση της απαίτησης μου περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την απόφαση για το κατά πόσον θα μου καταβληθεί αποζημίωση με βάση τους Όρους του Ασφαλιστηρίου μου και/ή καθορισμό του ύψους της αποζημίωσης.

I solemnly declare that all information included in this form is true, accurate and complete. I also declare that I have informed the individuals whose details are contained in this Claim regarding the provision of their personal data by me to **ERB CYPRIALIFE LIMITED**.

At the stage of making a claim for compensation, I will provide **ERB CYPRIALIFE LIMITED** with the results of my medical and diagnostic examinations and treatments, as necessary, in order for **ERB CYPRIALIFE LIMITED** to examine my Claim. The examination of my Claim includes, inter alia, the decision on whether I will receive compensation under the Terms of my Insurance Policy and/or the determination of the amount of the compensation.

Υπογραφή Ασφαλισμένου: _____
Signature of Insured

Ημερομηνία: _____
Date

ΜΕΡΟΣ Β / PART B**ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN****ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / INFORMATION**

Στα πλαίσια της εξέτασης της απαίτησης του πιο πάνω Ασφαλιζομένου η **ERB CYPRIALIFE LIMITED** προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο. Η **ERB CYPRIALIFE LIMITED** όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους.

In the context of examining the Claim of the Insured person mentioned above, ERB CYPRIALIFE LIMITED intends to collect and process the personal data that concern you which are included in this form. When ERB CYPRIALIFE LIMITED collects and processes personal date, it ensures that this is carried out in a legitimate manner and that all necessary measures are taken in order to ensure their safety.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: _____

NAME OF INSURED

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

NAME OF PATIENT

1. **ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ή ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ (Περιγράψτε επιπλοκές, αν υπάρχουν)**
SICKNESS OR INJURY (Describe complications, if any)

2. **Αν πρόκειται για εγκυμοσύνη, πότε άρχισε:** _____
If pregnant, from what date?

3. **Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα ή πότε έχει συμβεί το ατύχημα:** _____
When did symptoms of illness first appear or when did the accident happen?

4. **Πότε σας συμβουλευθήκε ο ασθενής για την πιο πάνω κατάσταση:** _____
When did the patient consult you for the above condition?

5. **Φύση χειρουργικών ή μαιευτικών επεμβάσεων εφόσον πραγματοποιήθηκαν / Nature of surgical or obstetrical procedure, if any**

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ / TO BE COMPLETED BY THE CLINIC**Κλινική:** _____
Clinic**Ημερομηνία Εισόδου:** _____
Date of Admission**Διεύθυνση:** _____
Address**Ημερομηνία Εξόδου:** _____
Date of Discharge**ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ / CLINIC BILL**

1. Δωμάτιο και Τροφή / Room and Board	_____	Ημέρες / Days	_____	€	_____
2. Αμοιβή Χειρουργού / Βοηθού / Surgeon / Assistant Fees				€	_____
3. Χειρουργείο / Operating Room				€	_____
4. Νάρκωση και παροχή νάρκωσης / Anaesthetics and administration thereof				€	_____
5. Εργαστηριακές Εξετάσεις / Laboratory Tests				€	_____
6. Ηλεκτροκαρδιογράφημα / Electrocardiogram				€	_____
7. Φάρμακα (αναφέρετε αναλυτικά είδη και ποσότητες φαρμάκων) / Drugs (Give quantities and type of medicines)				€	_____
8. Ακτινογραφίες / MRI / CT SCAN / X-Rays / MRI / CT SCAN				€	_____
9. Φυσιοθεραπεία / Physiotherapy				€	_____
ΟΛΙΚΟ / TOTAL				€	_____

Με το παρόν δηλώνω ότι σύμφωνα με τα αρχεία της Κλινικής, οι πιο πάνω αναφερόμενες υπηρεσίες παρασχέθηκαν στον πιο πάνω ασθενή. I hereby certify that according to the records of the clinic, the above services have been rendered to the above patient.

Υπογραφή και Σφραγίδα Εξουσιοδοτημένου Εκπροσώπου Κλινικής: _____
Signature and Stamp of Authorised Clinic Representative**Ημερομηνία:** _____
Date

ΣΗΜΕΙΩΣΗ - Με το παρόν έντυπο πρέπει να προσκομίζονται οι απαραίτητες πρωτότυπες αποδείξεις.
NOTE – This form must be accompanied with all relevant original receipts