

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
OUT OF HOSPITAL TREATMENT****ΜΕΡΟΣ Α / PART A****ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED**

**ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ:** ..... **ΗΜΕΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:** ..... **Α.Δ.Τ.:** .....

POLICY NO: ..... DATE OF INSURANCE ..... 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 πού και πώς 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, give the exact diagnosis.**

**Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά (\*):** .....

Date of symptoms of illness first appeared

**Δικαιούστε επιστροφή οποιοδήποτε ποσού για τα συγκεκριμένα έξοδα από οποιοδήποτε Ταμείο ή Οργανισμό; Αν ναι, για ποιά ποσό;**  
Are you entitled to a refund from another Fund or Organisation? If yes, what amount? .....

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / INFORMATION**

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαίτησης σας, η CNP CYPRIALIFE προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, καθώς και αυτά των ατόμων τα οποία κατανομάζονται στην Απαίτησή σας.

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

Η CNP CYPRIALIFE όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλειά τους. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποσταθείτε στην Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP CYPRIALIFE, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα μας.

In the context of examining your Claim, CNP CYPRIALIFE's intends to collect and process your personal data, as well as the data of individuals mentioned in your Claim.

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

When CNP CYPRIALIFE 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 CNP CYPRIALIFE's Privacy 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 τους δεδομένων στην CNP CYPRIALIFE.

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης θα παρέχω στην CNP CYPRIALIFE τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών, τα οποία είναι αναγκαία, για την εξέταση της Απαίτησης μου από την CNP CYPRIALIFE. 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 καλή 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 CNP CYPRIALIFE.

At the stage of making a claim for compensation, I will provide CNP CYPRIALIFE with the results of my medical and diagnostic examinations and treatments, as necessary, in order for CNP CYPRIALIFE 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 Ασφαλιζομένου:** ..... **Ημερομηνία:** .....

Signature of Insured ..... Date

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ / NOTES**

\* 1) ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ, ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΞΙ (6) ΜΗΝΕΣ, Η ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ. CHRONIC DISEASES - THE REPEATED MEDICATION PRESCRIPTION FOR CHRONIC DISEASES, MUST BE RENEWED EVERY SIX (6) MONTHS, BY THE APPOINTED DOCTOR.

2) ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ CNP CYPRIALIFE ΜΕΣΑ ΣΕ 30 ΗΜΕΡΕΣ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ. PRESENT FORM FOR OUTPATIENT TREATMENT SHOULD BE SUBMITTED TO CNP CYPRIALIFE WITHIN 30 DAYS.

3) ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΧΡΙ 12 ΧΡΟΝΩΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ Η ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΑΓΡΑΦΟΣ ΣΤΟ Β ΜΕΡΟΣ. IN CASE OF CHILDREN UNDER THE AGE OF 12, PART B WHICH REFERS TO CHILDREN MUST BE COMPLETED BY THE PEDIATRICIAN.

4) ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ. THIS FORM MUST BE ACCOMPANIED BY ALL RELEVANT ORIGINAL RECEIPTS.

5) ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ Ο ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ, ΤΟΤΕ Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΧΕΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΨΕΙ Ή ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΠΩΣ Η ΙΔΙΑ ΚΡΙΝΕΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ. IN THE EVENT THAT THE PRESCRIBED TREATMENT AUTHORISED BY THE TREATING PHYSICIAN IS NOT FOLLOWED, THEN THE COMPANY HAS THE RIGHT TO DECLINE THE CLAIM OR REQUEST ADDITIONAL INFORMATION AS IT DEEMS NECESSARY.

**ΜΕΡΟΣ Β / PART B**

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / PEDIATRICIAN**

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / INFORMATION**

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαιτήσης του πιο κάτω Ασφαλιζομένου η CNP CYPRIALIFE προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον/την αφορούν τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο. Η CNP CYPRIALIFE 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 below, CNP CYPRIALIFE intends to collect and process the personal data that concern him/her which are included in this form. When CNP CYPRIALIFE 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.

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:** .....  
NAME OF INSURED

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:** .....  
NAME OF PATIENT

**Ο πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις ..... και βρήκα αυτόν/ή ότι πάσχει από ..... και τον/την έχω συμβουλευσει την ακόλουθη θεραπεία.**

The above patient consulted me on ....., and found him/her suffering from ..... and I have advised the following treatment.

**Για παιδιά μέχρι 12 χρονών θα πρέπει απαραίτητα να δηλωθεί αν η επίσκεψη περιλαμβάνει πάθηση και τις ακόλουθες εξετάσεις. Να συμπληρωθεί απαραίτητα από τον θεράποντα ιατρό / For children up to the age of 12 it will be necessary to state whether the visit includes the following examination – to be completed by the treating physician / paediatrician.**

**ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ / PAEDIATRICIAN**

**ΝΑΙ / YES**

**ΟΧΙ / NO**

**ΣΥΝΗΘΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ, ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΙΔΙΟΥ (ΥΨΟΣ, ΒΑΡΟΣ)**

**ROUTING CHECK UP, BABY'S MEASUREMENTS**

**ΕΜΒΟΛΙΑ**

**VACCINES**

**ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

**PRESCRIPTION FOR MEDICINES – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / PAEDIATRICIAN**

1 ..... 3 .....  
2 ..... 4 .....

**ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

**LABORATORY TESTS – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / PAEDIATRICIAN**

1 ..... 3 ..... 5 .....  
2 ..... 4 ..... 6 .....

**ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ / MRI / ULS / CT SCAN – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

**X-RAYS / MRI / ULS / CT SCAN – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / PAEDIATRICIAN**

1 .....  
2 .....

**ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ**

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω στοιχεία εξ'όσων γνωρίζω και πιστεύω είναι ορθά και αληθή και σε περίπτωση ψευδούς ή παραπλανητικής δήλωσης τότε θα υπόκειμαι στις ποινές ή/και περιορισμούς σύμφωνα με την υπάρχουσα Νομοθεσία.

**TREATING PHYSICIAN**

I hereby certify that to the best of my knowledge and belief the above information is correct and true and in the case of false or misleading declaration I will be liable to the penalties or/and restrictions according to the existing Legislation

**Όνομα Ιατρού:** ..... **Τηλέφωνο Ιατρού:** .....  
Physician's Name Physician's Telephone

**Ειδικότητα Ιατρού:** .....  
Physician's Specialty

**Υπογραφή Ιατρού και σφραγίδα:** ..... **Ημερομηνία:** .....  
Physician's Signature and stamp Date