

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - OUT OF HOSPITAL TREATMENT

e-claim No

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

ΑΡ.ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ:..... ΕΤΑΙΡΕΙΑ:..... Α.Δ.Τ.:.....
 POLICY NO. COMPANY: I.D.No.:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
 NAME OF INSURED: TELEPHONE

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

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:..... ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ:.....
 DATE OF BIRTH OF PATIENT: RELATIONSHIP

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, give the exact diagnosis.

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά - Date of symptoms of illness first appeared:.....

Δικαιούστε επιστροφή οποιουδήποτε ποσού για τα συγκεκριμένα έξοδα από οποιοδήποτε η Οργανισμό / Αν ναι για ποια ποσά Ταμείο ΓεΣΥ

Are you entitled to a refund from another Fund or Organization/GESY? 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 κατονομάζονται στην Αίτηση 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 χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποθεθείτε 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 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 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 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 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:

B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER

Όνομα Ιατρού / Doctor's name:.....

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

The above patient consulted me on and found him/her suffering from

**ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ
 PRESCRIPTION FOR MEDICINES – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / PAEDIATRICIAN**

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

**ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ / MRI / ULS / CT SCAN – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ
 LABORATORY TESTS / 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 PLHYSICIAN

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.

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