

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
CLAIM FORM FOR OUTPATIENT TREATMENT EXPENSES

Αριθμός Συμβολαίου/ Policy No.: _____

ΜΕΡΟΣ Α. / SECTION A.

**Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο /To be completed by the insured.*

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου/*Insured's Name:*

Όνοματεπώνυμο Ασθενή/*Patient's Name:* Ημ. Γέννησης /*Date of Birth:*

Αρ. Ταυτότητας/*Identity Card No.:* Τηλέφωνο επικοινωνίας /*Contact Number:*

Ημερομηνία Εμφάνισης Συμπτωμάτων /*Date of onset of symptoms:*

Περιγραφή Συμπτωμάτων / Description of symptoms:

Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες παρακαλούμε να τις περιγράψετε και να αναφέρετε πού και πώς συνέβηκε το ατύχημα / If the symptoms are the result of an accident, please describe these symptoms and state where and how did the accident happen.

.....
.....
.....

**Αν πρόκειται για ασθένεια αναφέρετε την ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων για πρώτη φορά / If the symptoms are the result of an illness state the date that symptoms first appeared:*

.....

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; /*Did you suffer in the past from the same disease, or did you have similar symptoms?* ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Αν ναι, δώστε ημερομηνίες και πληροφορίες; /*If yes give dates and details.*

.....
.....

Δικαιούστε αποζημίωση για τα συγκεκριμένα έξοδα από άλλο Ταμείο ή Ασφαλιστική Εταιρεία; /*Are you entitled to any compensation from another Fund or Insurance Company?* ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες /*If yes, please give details*

.....

ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι ο ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς και ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην **ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ (Εταιρεία)** τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών ως απόδειξη και για αξιολόγηση από ιατρούς που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(Ι)200, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Περαιτέρω εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς ή/και άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία.

I hereby declare that I am the patient, parent or guardian of the patient and that all information on this form is true, accurate and complete. At the stage of claims compensation I consent to provide **COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD (Company)** the results of my medical and diagnostic examinations and therapies for evaluation by the contracted doctors of the Company, according to the provisions of the Processing of Personal Data (Protection of Individuals) Law 138(I)2001, as amended each time, the data only which is completely related and indispensable for the purpose of examining my claim in case the company deems that this is absolutely necessary to decide whether it will compensate me according to the terms of my Insurance Policy or/and determine the amount of compensation.

Furthermore, I authorize all medical practitioners and/or other persons who provided treatment to me and all hospitals or other institutions or insurance companies, to provide full information regarding this claim if requested by the Company.

Υπογραφή /*Signature:*

Ημερομηνία /*Date:*/...../.....

ΜΕΡΟΣ Β / SECTION B

**Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the attending Doctor.*

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / *Patient's Name:* Αρ. Ταυτότητας / *ID No.:*

Ημερομηνία / *Date:* Αρ. Συμβολαίου / *Policy No.:*

1. Ο πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις και βρήκα αυτόν/ήν ότι πάσχει από και του/της έχω συστήσει την ακόλουθη θεραπεία:
The above patient consulted me on and found him/her suffering from and I have advised the below treatment.
2. Παρακολουθώ τον πιο πάνω ασθενή για περίοδο/ *the above patient is under my attendance for the period*
3. Έχει ξαναλάβει θεραπεία για αυτή την ασθένεια ο ασθενής ή έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοιο περιστατικό (ατύχημα ή ασθένεια); Εάν ΝΑΙ, δώστε φαρμακευτική αγωγή, λεπτομέρειες και ημερομηνία / *Did the patient take treatment for this illness or did he suffer or was hospitalized in the past for a similar incident (accident or illness)? If YES, please provide treatment details and date.* ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO
4. Έγινε παραπομπή του ασθενή σε ιατρό άλλης ειδικότητας; /*Has the patient been referred to another doctor of other specialty.* Αν ναι δώστε λεπτομέρειες / *If YES, please provide details and date.* ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ / PRESCRIPTION FOR MEDICINES

**Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό /To be completed by the attending Doctor.*

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ / LABORATORY TESTS

**Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό /To be completed by the attending Doctor.*

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ / X-RAYS, MRI, CT SCAN, ULTRASOUND

**Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό /To be completed by the attending Doctor.*

1.
2.
3.

Όνομα θεράποντος Ιατρού / *Attending Doctor's Name:*

Ειδικότητα θεράποντος Ιατρού / *Attending Doctor's Specialty:*

Τηλέφωνο Επικοινωνίας / *Contact No.:*

Υπογραφή Θεράποντος Ιατρού/ *Attending Doctor's Signature:* Ημερομηνία/ *Date:*/...../.....

ΜΕΡΟΣ Γ. / SECTION C.

**Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο /To be completed by the insured.*

Τρόπος πληρωμής /Payment Details

Παρακαλώ επιλέξτε τον επιθυμητό τρόπο πληρωμής /Please indicate your chosen method of payment by ticking the relevant box:

1) Έμβασμα /Bank Transfer

Όνομα Ιδιοκτήτη Λογαριασμού /Account Holder's Name:

Αριθμός Λογαριασμού /Account Number:

Αριθμός IBAN /IBAN Number:

Αριθμός Swift /Swift Number:

Όνομα Τράπεζας /Bank Name:

2) Επιταγή /Cheque

Υπογραφή /Signature:

Ημερομηνία /Date:/...../.....