

Α. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON	
Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου / Insured person's name:	Αρ. Συμβολαίου / Policy No.:
Όνοματεπώνυμο ασθενή / Patient's name:	
Ημ. γεννήσεως ασθενή / Patient's DOB:	Αρ. ταυτότητας / I.D. No.:
Επωνυμία ομαδικού σχεδίου (Εάν ισχύει) / Name of group scheme (If applicable):	
Ηλεκτρονική διεύθυνση / Email:	
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Tel. No.:	Αρ. τηλεμοιότυπου / Fax No.:
1. Παρακαλούμε όπως απαντήσετε στις πιο κάτω ερωτήσεις / Please answer the following questions:	
1.1 Παρακαλούμε περιγράψετε τα συμπτώματα / Please describe the symptoms:	
1.1.1 Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα / Date first symptoms appeared: / /	
1.2 Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης σε ιατρό / Date of first visit to doctor: / /	
1.3 Παρόμοια προηγούμενη κατάσταση / Previous related condition: Ναι / Όχι Yes / No	
1.3.1 Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες (κατάσταση / θεραπεία κτλ) / If Yes please provide details (condition / treatment etc):	
1.4 Σε περίπτωση ατυχήματος παρακαλώ δώστε στοιχεία (Που, Πως, Πότε, Παροχή Α' βοήθειών) / In case of accident please provide details (Where, How, When, First Aid service provided):	
1.5 Καταχωρείτε απαίτηση για θεραπεία εκτός δικτύου συνεργατών της Altius Insurance / Are you providing a claim for a treatment outside Altius Insurance network: Ναι / Όχι Yes / No	
Εάν Ναι παρακαλώ συμπληρώστε τα σημεία 1.5.1 & 1.5.2 / If Yes please complete sections 1.5.1 & 1.5.2:	
1.5.1. Όνομα νοσοκομείου / Hospital's name:	
1.5.2. Ονοματεπώνυμο ιατρού / Doctor's name & surname:	
ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ALTIUS INSURANCE / DIRECT SETTLEMENT BY ALTIUS INSURANCE	
Θεραπεία εσωτερικού ασθενή πρέπει να προ-εγκρίνεται από την Altius Insurance (για περαιτέρω λεπτομέρειες συμβουλευτείτε το Ασφαλιστήριο σας). Για καλύτερη εξυπηρέτησή σας, παρακαλούμε όπως η ενημέρωση αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση life_and_health_claims@altiusinsurance.com.cy δέκα (10) μέρες πριν την θεραπεία. / In-patient treatment must be pre-authorised by Altius Insurance (for further details see your Policy). For your better service, please send the notification via email to life_and_health_claims@altiusinsurance.com.cy ten (10) days prior to treatment.	
ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΕΝΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	
Πρωθήστε το πλήρως συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης, μαζί με τις πρωτότυπες αποδείξεις/τιμολόγια, επιστολές και άλλα έγγραφα σχετικά με τις παροχές που διεκδικείτε στο: Τμήμα Απαιτήσεων Ζωής και Υγείας, Διεύθυνση: Altius Insurance Ltd, Γωνία Λεωφόρου Κέννεντυ & Οδού Στασίνου, Τ.Θ. 26516, 1640 Λευκωσία. / Forward the completed claim form, along with the original receipts/invoices, letters and other documents relating to the benefits you are claiming to: Life and Health Claims Department, Address: Altius Insurance Ltd, Corner Kennedy Avenue & Stasinou Street, P.O. BOX 26516, 1640 Nicosia.	
Εναλλακτικά, μπορείτε να υποβάλετε το πλήρως συμπληρωμένο έντυπο απαίτησεως, μαζί με τις αποδείξεις/τιμολόγια, επιστολές και άλλα έγγραφα σχετικά με τις παροχές που διεκδικείτε μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης life_and_health_claims@altiusinsurance.com.cy . Όπου ζητηθεί, πρέπει να μας δοθούν πρωτότυπες αποδείξεις/τιμολόγια. / Alternatively, you can submit the completed claim form along with the receipts/invoices, letters and other documents relating to the benefits you are claiming via email to life_and_health_claims@altiusinsurance.com.cy . Where requested, original receipts/invoices must be provided to us.	
ΤΗΛ.: +357 22379999, ΦΑΞ: +357 22379137 / TEL.: +357 22379999, FAX: +357 22379137	

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.
Όνοματεπώνυμο 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: - Αποτροπή 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	

B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER		
2. Λεπτομέρειες ιατρικής κατάστασης του ασθενή / Details of patient's medical condition		
2.1 Συμπτώματα / Symptoms:.....		
2.1.1 Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα / Date first symptoms appeared: / /		
2.2. Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης του ασθενή σε ιατρό / Date of patient's first visit to medical practitioner: / /		
2.3 Αρχική διάγνωση / Initial diagnosis:		
2.4 Τελική διάγνωση (αιτία προβλήματος) / Final diagnosis (problem's cause):		
2.5 Κλινική εικόνα του ασθενή κατά την εισαγωγή / Patient's clinical condition at the time of admission:		
2.6 Εγγεγραμμένος εσωτερικός ασθενής από / Registered in-patient from:		
Από / From: / / am/pm Μέχρι / To: / / am/pm		
3. Ιατρικό ιστορικό / Medical history		
3.1 Ιστορικό της παρούσας ιατρικής κατάστασης / History of present medical condition:		
3.2 Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό που σχετίζεται ή επηρεάζει την παρούσα ιατρική κατάσταση / Previous medical history that relates or affects current medical condition:		
4. Εξετάσεις / Examinations		
4.1 Παρακαλώ όπως επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για την μελέτη του περιστατικού / Please attach any diagnostic examination results and medical reports necessary for the claim's study		
5. Θεραπεία / Treatment		
5.1 Θεραπεία που συνεστήθη ή/και θα ακολουθηθεί / Treatment provided or/and to follow:		
5.2 Θεραπευτική αγωγή (συνταγή φαρμάκων) που συνεστήθη ή/και χορηγήθηκε / Drugs recommended or/and provided		
5.3 Αποτέλεσμα θεραπείας / Treatment's result:		
6. Συνολικό κόστος νοσηλείας/Total in-patient treatment cost		€
7. Άλλες λεπτομέρειες / Other details		
7.1 Εάν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία πιθανό να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαιτήσεως παρακαλούμε όπως την αναφέρετε /Is there any other detail / information that may affect the handling or settlement of this claim? If yes, please give details:		
ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ/ MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION		
Εγώ, ο υποφαινόμενος ιατρός / I, the medical practitioner appearing below:		
Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο αυτό είναι αληθείς και πλήρεις και δεν έχω παραλείψει να δώσω περαιτέρω πληροφορίες ή στοιχεία. Αναλαμβάνω να δώσω στην Altius Insurance Ltd κάθε δυνατή βοήθεια. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει. / I hereby declare that the information provided by me in the context of this form is truthful and complete and I have not omitted to provide any information or data. I undertake to assist Altius Insurance Ltd, in every possible manner in the handling of the claim. This form has been completed by me or/and following my instructions and checked by me.		
Υπογραφή & σφραγίδα θεράποντα ιατρού / Medical practitioner's stamp & signature		Ημερομηνία/ Date