

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
IN 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:..... **ΣΥΓΓΕΝΙΑ:**.....
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 is happened. If not, give the exact diagnosis.

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 Απαίτηση 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 ασφάλεια 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 intends to collect and process your personal data, as well as the data of individuals mentioned in your Claim.

CNP CYPRIALIFE LTD 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 LTD's associates for the purpose of evaluating your Claim (such as doctors for instance).

When CNP CYPRIALIFE LTD 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 LTD'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 LTD.

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

At the stage of making a claim for compensation, I will provide CNP CYPRIALIFE LTD 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**.....

ΜΕΡΟΣ Β / PART B

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

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / INFORMATION

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαιτήσης του πιο πάνω Ασφαλιζομένου η CNP CYPRIALIFE LTD προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο. Η CNP CYPRIALIFE LTD 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 connect of examining the Claim of the Insured person mentioned above, CNP CYPRIALIFE LTD intends to collect and process the personal data that concern you which are included in this form. When CNP CYPRIALIFE LTD 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.

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 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:..... **Ημερομηνία Εισόδου:**.....
Clinic Date of Admission

Διεύθυνση:..... **Ημερομηνία Εξόδου:**.....
Address 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:..... **Ημερομηνία:**.....
Signature and Stamp of Authorised Clinic Representative Date

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