

## ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

### ΜΕΡΟΣ Α

#### ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

Όνοματεπώνυμο Ασφαλιζομένου: .....

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: .....

Ημερ. Γέννησης: ...../...../..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Τηλεφώνου: .....

Διεύθυνση: .....

**ΠΑΘΗΣΗ (ΔΙΑΓΝΩΣΗ)** - Εάν η πάθηση οφείλεται σε σωματική βλάβη από ατύχημα αναφέρετε που και πως συνέβηκε. Αν όχι, δηλώστε σαφή διάγνωση της.

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά: .....

Δικαιούστε αποζημίωση για τα συγκεκριμένα έξοδα από άλλο Ταμείο ή Ασφαλιστική Εταιρεία;  Ναι  Όχι

Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες. ....

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαίτησης σας η CNP CYPRIALIFE LTD 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 LTD 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 LTD για σκοπούς αξιολόγησης της Απαίτησης σας (για παράδειγμα ιατρούς).

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. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποταθείτε στην Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP CYPRIALIFE LTD η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα μας.

### ΔΗΛΩΣΗ

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 αυτήν 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 τον καθορισμό του ύψους της αποζημίωσης.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΠΙΣΤΩΣΗ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ/ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ

ΤΡΑΠΕΖΑ: .....

IBAN No.: .....

\*Να επισυναφθεί βεβαίωση από τον Τραπεζικό Οργανισμό

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: ...../...../.....

Σημείωση – Η απαίτηση να υποβάλλεται στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος / ασθένειας και να συνοδεύεται με όλες τις πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις.

## ΜΕΡΟΣ Β

### ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

Όνοματεπώνυμο Ασφαλιζομένου: .....

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: .....

1. Ο πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις ..... και βρήκα αυτόν/ήν ότι πάσχει από .....  
.....  
και τον έχω συμβουλευτεί την ακόλουθη θεραπεία.
2. Έπασχε ο ασθενής στο παρελθόν ή νοσηλεύθηκε για παρόμοιο περιστατικό (ατύχημα ή ασθένεια); Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες/ημερομηνία. ....
3. Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο ιατρό; Αναφέρετε από ποιον και πότε.....

### ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

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

### ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

- |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 1..... | 3..... | 5..... | 7..... |
| 2..... | 4..... | 6..... | 8..... |

### ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ / MRI – ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

- 1.....
- 2.....
- 3.....

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαίτησης του πιο πάνω Ασφαλιζόμενου η CNP CYPRIALIFE LTD («Εταιρεία») προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο.

Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους.

Όνομα Ιατρού: .....

Ειδικότητα Ιατρού: .....

Αρ. Τηλεφώνου: .....

Υπογραφή Ιατρού: .....

Ημερομηνία: ...../...../.....

Σημείωση – Η απαίτηση να υποβάλλεται στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος / ασθένειας και να συνοδεύεται με όλες τις πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις.