

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ – LOSS OF INCOME CLAIM FORM

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως / All following questions must be answered completely
Παρακαλούμε μην αφήνετε κενά ή να απαντάτε τις ερωτήσεις με παύλα / Please do not leave blanks or answer questions with a dash

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ / FOR INTERNAL USE ONLY		
Αριθμός Απαίτησης Claim Number	Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Είδος Συμβολαίου: Ατομικό/Ομαδικό Type of Policy: Individual/Group
Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή Insurance Agent's Code	Ημερομηνία Λήξης Expiry Date	Περίοδος Αναμονής Waiting Period

ΜΕΡΟΣ Α: ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / PART A: TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Διεύθυνση Address	Ημερομηνία Γεννήσεως Date of Birth
Επάγγελμα Profession	Τηλέφωνο εργασίας Telephone No. (Work)
Απασχολείστε με οποιαδήποτε άλλη εργασία/επάγγελμα Are you occupied with any other work/profession	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile)
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	Αριθμός τηλεομοίτυπου Fax number
Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Ημερομηνία λήξης Expiry date
Παρακαλούμε όπως απαντήσετε στις πιο κάτω ερωτήσεις και επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για την μελέτη του περιστατικού / Please answer the following questions and attach any diagnostic examination results and medical reports necessary for the claim study	
Από πότε χρονολογείται το πρόβλημα: Since when does the problem exist:	Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα: Date first symptoms occurred:
Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης σε Ιατρό για το περιστατικό: Date of first visit to a doctor for the incident:	Παρόμοια προηγούμενη κατάσταση: ΝΑΙ/ΟΧΙ Previous similar condition: YES/NO Εάν ΝΑΙ δώστε λεπτομέρειες (κατάσταση/θεραπεία κτλ): If YES, please give details (condition/treatment etc):
Περιγράψτε με λεπτομέρεια τα συμπτώματα: / Describe the symptoms in detail:	
Ημερομηνία που ξεκινά η ολική ανικανότητα: Date that the total disability starts:	Τελευταία μέρα που έχετε εργαστεί: Last date you worked:
Με ποιο είδος εργασίας ενασχολείστε; In what kind of work are you occupied with?	Μπορέσατε να εκτελέσετε οποιαδήποτε εργασία από τη μέρα της ασθένειας σας; Have you been able to perform any work since your illness:
Πότε υπολογίζετε να επιστρέψετε στην εργασία σας; When do you estimate returning to your duties?	Τι είδους ασθένεια έχετε σήμερα και δεν μπορείτε να εργαστείτε; What kind of illness do you have today that makes you unable of working?
Περιγραφή καθηκόντων εργασίας: / Job Description	

Έχετε εισπράξει για την ίδια περίπτωση αποζημίωση από άλλη πηγή (ασφάλιση ιδιωτική ή κοινωνική, ταμεία υγείας κτλ); Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες

Have you been compensated from any other source (private or social insurance, health funds etc.) for the same incident?
If Yes, please provide details.

Κατέχετε άλλο συμβόλαιο το οποίο παρέχει κάλυψη για την ασθένεια; Εάν Ναι δώστε λεπτομέρειες.

Is your illness covered by any other policy that you obtain? If Yes, please provide details.

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED PERSON'S DECLARATION & AUTHORIZATION

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Ασφαλιστική Εταιρεία Altius Insurance Ltd τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών για αξιολόγηση από τους ιατρούς που συνεργάζονται με την Εταιρεία τηρούμενων των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(Ι) του 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησής 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 συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

I hereby declare that the information provided in this form is truthful, exact and complete. At the stage of claim for reimbursement, I hereby consent to provide Altius Insurance Ltd with the results of any medical and diagnostic tests and treatments that are deemed necessary for the purpose of evaluation by Physicians that cooperate with Altius Insurance Ltd, in accordance with the Personal Data Act 138 (I) and its consecutive amendments, of information only and entirely relevant for the investigation of my claim, if the Company deems it absolutely necessary in order to decide whether to reimburse the claim or/and to specify the level of reimbursement according to the policy's general terms and conditions.

Υπογραφή Ασφαλισμένου
Signature of Insured

Ημερομηνία
Date

Σημ: Συμπλήρωση ή αποδοχή του παρόντος Εντύπου δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την ALTIUS INSURANCE LTD.
Note: The completion or acceptance of this Form does not imply admission of liability by ALTIUS INSURANCE LTD.

ΜΕΡΟΣ Β: ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / PART B: TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER**Λεπτομέρειες ιατρικής κατάστασης του ασθενή / Details of patient's medical condition**

Συμπτώματα / Symptoms:

Από πότε χρονολογείται το πρόβλημα:
Since when does the problem exist:Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν
τα συμπτώματα:
Date first symptoms occurred:Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης
του ασθενή σε Ιατρό:
Date of patient's first visit to the
medical practitioner:Αιτία προβλήματος:
Cause of problem:Τελική Διάγνωση:
Final Diagnosis:

Θεραπεία που συνιστάται ή/και θα ακολουθηθεί (Φαρμακευτική αγωγή) / Treatment proposed or/and will be followed (Drugs recommended):

Διαγνωστικές εξετάσεις ή/και άλλα ιατρικά έξοδα / Diagnostic tests or/and medical expenses

Ανικανότητα / DisabilityΓια ποιο χρονικό διάστημα θα είναι:
For how long will it be:Από
FromΜέχρι
Toα) κλινήρης;
a) bedridden?β) ολοκληρωτικά ανίκανος να εκτελεί την εργασία του;
b) disable of performing his/her job totally?γ) μερικώς ανίκανος να εκτελεί την εργασία του;
c) partly disable of performing his/her job?δ) ικανός μόνο για ελαφρά καθήκοντα;
d) capable only for performing light duties?**Άλλες λεπτομέρειες / Other details**

Αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία πιθανόν να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαίτησης παρακαλούμε να την αναφέρετε. / If there is any other information that may affect the handling or final settlement of the claim please report it.

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 / /**ΜΕΡΟΣ Γ: ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ / PART C: AGENT'S REMARKS**