

**ΥΔΡΟΓΕΙΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

Κεντρικά Γραφεία: Υδρογιούσ House, Μεδούσας 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 82 98
ydrogiouss@cytanet.com.cy www.ydrogiouss.com.cy

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ Π.Α. & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ
PERSONAL ACCIDENT & HOSPITAL INSURANCE FOR ALIEN EMPLOYEES CLAIM FORM

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

05/18

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις του εντύπου που σχετίζονται με το ατύχημα ή/και ασθένεια σας. Εάν ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού. / Please give details for all the questions on the form related to the accident and/or illness. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

► Στοιχεία Ασφαλισμένου / Insured's Details

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Full Name: Αρ. Ταυτ. (ARC) / ARC No:

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: Τηλ. / Tel.:

► ΜΕΡΟΣ Ι. Συμπληρώνεται από τον Συμβαλλόμενο (Εργοδότη) / PART I. To be completed by the Policyholder (Employer)

Όνοματεπώνυμο / Full Name: Αρ. Συμβολαίου / Policy No:

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας ή Ταυτότητα / Company Registration No: or ID No:

Τηλ. / Tel.: Α.Μ.Ε / Employer Registration No:

Διεύθυνση / Address:

Περίοδος Κάλυψης / Period of Coverage: Επιλογή Κάλυψης / Choice of Coverage:

► ΜΕΡΟΣ ΙΙ. Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / PART II. To be completed by the attending doctor

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας / The undersigned doctor specialized in

εξέτασα σήμερα τον/την / has examined today Mr./Mrs και διέγνωσα / and diagnosed

Όνομα Ιατρού / Doctor's Full Name

Υπογραφή / Signature

Τηλ. / Tel.

Ημερομηνία / Date

► Συνταγή για Φάρμακα - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Medication Prescription-To be completed by the attending doctor

1. 2. 3.

4. 5. 6.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής φαρμάκων / Please attach the relevant proof of payment for the medical tests and results

► Αναλύσεις - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Medical Exams-To be completed by the physician

1. 2. 3.

4. 5. 6.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής αναλύσεων και τα αποτελέσματα αυτών / Please also attach the relevant medical exams receipt of payment as well as the results

► Ακτινογραφίες - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Radiography-To be completed by the physician

1. 2. 3.

4. 5. 6.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής ακτινογραφιών, οι ακτινογραφίες ή MRI ή ULTRA SOUND και η σχετική έκθεση αυτών / Please also attach the relevant radiography receipt of payment or MRI or ultrasound as well as the results report

► ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ. Το Συμβάν / PART II. The Incident

Πάθηση: Διάγνωση / Condition: Diagnosis _____

(Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πως συνέβηκε) / (In case of an accident where bodily injury was caused, please indicate where & how it happened). _____

Ημερομηνία Εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά / State the date when the first symptoms appear _____

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; Αν ναι, πότε; / Did you ever receive any medical treatment in the past for the same illness? If yes, when _____

_____ Ονοματεπώνυμο Θεράποντος Ιατρού / Full Name & Address of Attending Doctor

_____ Ημ.Εξέτασης / Examination Date

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους πιο πάνω τραυματισμούς η/και ασθένειες και βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθείς και συμφωνώ ότι αν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμα μου για αποζημίωση, θα χαθεί πλήρως. / I declare with full awareness and knowledge of the consequences of the Law concerning false statements that the answers I have given above are correct and true. I authorize all my doctors, Hospitals and Clinic or any other person or organization, to give all information that will be asked for by the Company or legal representative (relating to my injury/injuries and/or illness/illnesses and to the current declaration). In addition, the Company may ask for other medical records required from any of the above doctor who has treated me at any time.

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of the Insured

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Συμβαλλομένου / Signature of the Policyholder

► ΜΕΡΟΣ ΙV. Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό στη περίπτωση εσωτερικού ασθενή / PART IV. To be completed by the physician in case of inpatient

Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Insured Full Name _____ Ημερ. Γέννησης / Date of Birth _____

1. Ασθένεια ή Σωματική Βλάβη / Illness or Injury _____

2. Αν πρόκειται για εγκυμοσύνη πότε περίπου άρχισε / In case of pregnancy please state when this has occurred _____

3. Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα ή πότε συνέβηκε το ατύχημα / Please state when the first symptoms appear and/or when the incident had happened _____

4. Πότε σας συμβουλευτήκε ο ασθενής για την πιο πάνω κατάσταση / When did the patient has consulted you for the above stated condition _____

5. Φύση χειρουργικών ή μαιευτικών επεμβάσεων εφόσον πραγματοποιήθηκαν / Please state the nature of surgical or obstetric procedures performed _____

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Ιατρού / Doctor's Signature

► ΜΕΡΟΣ V. Συμπληρώνεται από την κλινική / PART V. To be completed by the clinic

Επωνυμία Κλινικής / Full Name of Clinic _____ Ημ. Εισόδου / Admission Date _____

Διεύθυνση & Τηλ. / Address & Contact Details _____ Ημ. Εξόδου / Discharge Date _____

Δωμάτιο & Τροφή / Room & Nourishment _____ Ημέρες X / Days X _____ Ημερησίως / Per Day _____

Έξοδα χρησιμοποίησης Χειρουργείου / Surgery Room Expenses € _____

Αμοιβή αναισθησιολόγου / Anesthesiologist Fee € _____

Αναλύσεις / Medical Examinations € _____

Ακτινογραφίες / Radiography € _____

Φάρμακα (Δώστε αναλυτική κατάσταση) / Medication (provide analytical list of medicines) € _____

Ηλεκτροκαρδιογραφήματα / Electrocardiograph € _____

Σύμφωνα με τα αρχεία της Κλινικής δηλώνω ότι οι πιο πάνω υπηρεσίες παρασχέθηκαν στον πιο πάνω ασθενή / According to the clinics records I declare that the above stated services are provided in the above patient

Σύνολο / Total € _____

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή & Σφραγίδα Κλινικής / Signature & Clinic Stamp