

Claim Form | ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Please return this completed claim form, along with supporting data to:

Cosmos Insurance Company
P.O. Box 21770, 1513 Nicosia
Tel: +357 22 796 000
Fax: +22 022 000
Email: claims@generalihealth.com

Παρακαλούμε όπως επιστρέψετε το συμπληρωμένο έντυπο, επισυνάπτοντας τα αποδεικτικά στοιχεία, στην πιο κάτω διεύθυνση:

ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ
Τ.Θ 21770, 1513 Λευκωσία
Τηλ: +357 796 000 / Φαξ: +357 22 022 000
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:
claims@generalihealth.com



INSTRUCTIONS: Please complete all sections in full. Any claim form which is incomplete cannot be processed and will be returned for completion. A separate claim form is required for each individual making a claim.

PLEASE REMEMBER to submit this claim form together with original copies of all supporting invoices and documents. Claims should be submitted to us within the time period specified in your policy, otherwise they will not be considered eligible for payment or reimbursement.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε όλες τις ενότητες. Τα έντυπα απαίτησης που είναι ελλιπή δεν θα εξετάζονται και θα επιστρέφονται για να συμπληρωθούν. Απαιτείται ξεχωριστό έντυπο απαίτησης για κάθε πρόσωπο που υποβάλλει απαίτηση.

ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ να υποβάλετε το έντυπο απαίτησης συνοδευόμενο από όλα τα πρωτότυπα τιμολόγια και δικαιολογητικά. Οι απαιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται σε εμάς, εντός του αναφερόμενου στο ασφαλιστήριο σας χρονικού διαστήματος. Σε αντίθετη περίπτωση, οι απαιτήσεις θα αξιολογούνται ως ακατάλληλες για πληρωμή ή αποζημίωση

USE THE CHECKLIST BELOW TO ENSURE: | ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣΤΕ ΤΗΝ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΛΙΣΤΑ ΓΙΑ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ:

- All receipts, invoices, prescriptions, and referrals are attached | Επισυνάπτονται όλες οι αποδείξεις, τιμολόγια, ιατρικές συνταγές και παραπεμπτικά
- The claim form is completed in full | Το έντυπο απαίτησης είναι δεόντως συμπληρωμένο
- The declarations are signed and dated | Οι δηλώσεις φέρουν ημερομηνία και είναι δεόντως υπογεγραμμένες
- The diagnosis has been confirmed and is either stated on the claim form or on the invoices | Υπάρχει επιβεβαιωμένη διάγνωση και γίνεται αναφορά σε αυτή, είτε στο έντυπο απαίτησης είτε στα τιμολόγια

SECTION A - POLICYHOLDER DETAILS | ΕΝΟΤΗΤΑ Α – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

In case of Group Policy, please provide main Insured's Details | Σε περίπτωση ομαδικού συμβολαίου, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τις λεπτομέρειες του κυρίως

First Name Όνομα	Surname Επώνυμο	Member ID Number Αρ. Κάρτας Μέλους
Email Address Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου	Telephone Number (including area code) Αρ. Τηλεφώνου	Date of Birth (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία Γέννησης (HH/MM/EEEE)
Address Διεύθυνση		
Town/City Χωριό/Πόλη	State/Province/Territory/Region Επαρχία/ Περιοχή	Postal Code/Zip Code Ταχυδρομικός Κώδικας
		Country Χώρα

SECTION B - PATIENT DETAILS | ΕΝΟΤΗΤΑ Β – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Complete Section B if the claimant is not the policyholder | Συμπληρώστε την ενότητα Β, στην περίπτωση όπου ο αιτητής/αιτήτρια δεν είναι ο κυρίως Συμβαλλόμενος

First Name Όνομα	Surname Επώνυμο
Date of Birth (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία Γέννησης (HH/MM/EEEE)	Telephone Number (including area code) Αρ. Τηλεφώνου
Pre-Authorisation / Case Number (if applicable) Προέγκριση / Αρ. Περιστατικού (όπου εφαρμόζεται)	

SECTION C - CLAIM DETAILS | ΕΝΟΤΗΤΑ Γ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Is this claim resulting from an accident or work-related illness/injury? Η απαίτηση είναι συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας/ τραυματισμού που σχετίζεται με την εργασία σας? Yes Ναι No Όχι	If yes, please provide details: Αν ναι, παρέχετε λεπτομέρειες:
Do you hold any other insurance policy (i.e. car insurance) which provides you with cover in relation to this accident/injury? Έχετε οποιαδήποτε άλλη ασφαλιστική κάλυψη (π.χ ασφάλεια αυτοκινήτου) που σας παρέχει κάλυψη για αυτό το ατύχημα/τραυματισμό? Yes Ναι No Όχι	If yes, please provide details of the insurer and your policy number: Αν ναι, παρέχετε λεπτομέρειες του ασφαλιστή σας και τον αριθμό συμβολαίου σας:
Are you filing a claim or lawsuit against a third party, including an insurance company, to recover costs incurred as a result of this accident/injury? Πρόκειται να καταχωρήσετε ή έχετε καταχωρήσει αγωγή εναντίον τρίτου προσώπου, συμπεριλαμβανομένης ασφαλιστικής εταιρείας, με σκοπό να επανακτήσετε τα έξοδα τα οποία έχουν προκληθεί συνεπεία αυτού του ατυχήματος/ τραυματισμού; Yes Ναι No Όχι	If yes, please provide the details of the third party concerned: Αν ναι, παρέχετε λεπτομέρειες του εν λόγω τρίτου προσώπου:

PLEASE COMPLETE ALL PARTS OF THE FOLLOWING TABLE WITH THE DETAILS OF EACH INVOICE/RECEIPT, MAKING SURE TO INCLUDE THE AMOUNT CHARGED | ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΟΥ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ/ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΚΑΙ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΕΙ ΧΡΕΩΦΕΙ

CLAIM 1 | ΑΠΑΙΤΗΣΗ 1

Provider's Name Όνομα Παρόχου			
Date of Service (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Amount Charged Χρεωθέν ποσό	Currency of Bill Νόμισμα του λογαριασμού	Has this bill been paid by you? Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; Yes Ναι No Όχι
Nature / Reason of Treatment Φύση/ αιτία της θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής		Description of Expense Περιγραφή των εξόδων	
Date first symptoms appeared (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/illness/injury (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

CLAIM 2 | ΑΠΑΙΤΗΣΗ 2

Provider's Name Όνομα Παρόχου			
Date of Service (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Amount Charged Χρεωθέν ποσό	Currency of Bill Νόμισμα του λογαριασμού	Has this bill been paid by you? Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; Yes Ναι No Όχι
Nature / Reason of Treatment Φύση/ αιτία της θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής		Description of Expense Περιγραφή των εξόδων	
Date first symptoms appeared (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/illness/injury (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

CLAIM 3 | ΑΠΑΙΤΗΣΗ 3

Provider's Name Όνομα Παρόχου			
Date of Service (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Amount Charged Χρεωθέν ποσό	Currency of Bill Νόμισμα του λογαριασμού	Has this bill been paid by you? Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; Yes Ναι No Όχι
Nature / Reason of Treatment Φύση/ αιτία της θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής		Description of Expense Περιγραφή των εξόδων	
Date first symptoms appeared (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/illness/injury (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

CLAIM 4 | ΑΠΑΙΤΗΣΗ 4

Provider's Name Όνομα Παρόχου			
Date of Service (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Amount Charged Χρεωθέν ποσό	Currency of Bill Νόμισμα του λογαριασμού	Has this bill been paid by you? Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; Yes Ναι No Όχι
Nature / Reason of Treatment Φύση/ αιτία της θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής		Description of Expense Περιγραφή των εξόδων	
Date first symptoms appeared (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/illness/injury (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περιθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

SECTION D - CLAIM REIMBURSEMENT DETAILS ΕΝΟΤΗΤΑ Δ - ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

<p>Who should the payment be made to? Σε ποιον πρέπει να καταβληθεί η πληρωμή?</p> <p>Payment to medical provider (e.g. Hospital, Specialist) Η πληρωμή πρέπει να καταβληθεί στον ιατρικό πάροχο (π.χ Νοσοκομείο/ Ειδικό)</p> <p>Payment to Policyholder/ Primary Insured Η πληρωμή πρέπει να καταβληθεί στον Κυρίως Συμβαλλόμενο/ Κυρίως Ασφαλισμένο</p>	<p>Preferred Payment Method: Επιθυμητός τρόπος πληρωμής:</p> <table><tr><td>Cheque Επιταγή</td><td>Bank Transfer Τραπεζικό Έμβασμα</td><td>If Bank Transfer, indicate the Currency: αναφέρετε το νόμισμα:</td></tr></table>	Cheque Επιταγή	Bank Transfer Τραπεζικό Έμβασμα	If Bank Transfer, indicate the Currency: αναφέρετε το νόμισμα:
Cheque Επιταγή	Bank Transfer Τραπεζικό Έμβασμα	If Bank Transfer, indicate the Currency: αναφέρετε το νόμισμα:		

FOR BANK TRANSFERS, PLEASE PROVIDE BANK DETAILS BELOW AND ENSURE THAT YOUR BANK ACCOUNT SUPPORTS THE CURRENCY CHOSEN | ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΕΜΒΑΣΜΑΤΟΣ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΤΙΣ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΤΡΑΠΕΖΙΚΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΟΠΩΣ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΣΑΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΤΟ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟ ΝΟΜΙΣΜΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ.

<p>Name of Account Holder as it appears on your bank statement (e.g. John Smith) Όνομα του Κατόχου του Λογαριασμού όπως αυτό εμφανίζεται στην κατάσταση λογαριασμού σας</p>	<p>Bank Account Number Αριθμός λογαριασμού</p>
---	--

<p>IBAN (applicable for all EUR payments) or IFSC (applicable for all INR payments to India) IBAN (εφαρμόζεται σε όλες τις πληρωμές σε Ευρώ)</p>	<p>Account Type Τύπος Λογαριασμού</p> <table><tr><td>Chequing Τρεχούμενος</td><td>Savings Αποταμειωτικός</td></tr></table>	Chequing Τρεχούμενος	Savings Αποταμειωτικός
Chequing Τρεχούμενος	Savings Αποταμειωτικός		

<p>SWIFT Code Κωδικός SWIFT</p>	<p>Bank Code (includes MFO for Belarus [BYR], BSB for Australia [AUD]) Κωδικός Τράπεζας [περιλαμβάνει MFO για τη Λευκορωσία (BYR), BSB για την Αυστραλία (AUD)]</p>
-----------------------------------	---

<p>Sort / Branch Code Κωδικός Παραρτήματος (Κωδικός Sort)</p>	<p>Tax ID (where applicable) Αριθμός Φορολογικής Ταυτότητας (όπου εφαρμόζεται)</p>
---	--

<p>Name of Bank / Financial Institution Όνομα Τράπεζας/ Τραπεζικού Ιδρύματος</p>	<p>Telephone (including area code) Αριθμός Τηλεφώνου (συμπ. κώδικα περιοχής)</p>
--	--

<p>Address Διεύθυνση</p>

<p>Town/City Χωριό/Πόλη</p>	<p>State/Province/Territory/Region Επαρχία/ Περιοχή</p>	<p>Country Χώρα</p>	<p>Postal Code/Zip Code Ταχυδρομικός κώδικας</p>
-------------------------------	---	-----------------------	--

<p>If you are aware of any additional information required in order to process international transactions within your country (e.g. Agency Code, Tax ID), please list below: Εάν γνωρίζετε ότι απαιτούνται επιπρόσθετες πληροφορίες για τη διεκπεραίωση διεθνών συναλλαγών στη χώρα σας (π.χ. Κωδικός Οργανισμού, Αριθμός Φορολογικής Ταυτότητας), παρακαλείσθε όπως τις παραθέσετε πιο κάτω:</p>

SECTION E- USING YOUR PERSONAL INFORMATION ΕΝΟΤΗΤΑ Ε – ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

PRIVACY INFORMATION | ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Generali Global Health Services (GGHS) is the Generali company appointed specifically to manage claims made under your Cosmos Insurance policy. In order to manage a claim, GGHS will process categories of personal data which have additional protection under data protection law, such as medical records and other medical information. Your consent to this processing is necessary to achieve this. If the personal data relates to one of your dependents, you must also confirm their agreement to you sharing their personal data with GGHS.

The personal data will be used only for the purposes for which it was collected. The personal data will be stored in Cosmos databases and also in the database of GGHS in Canada. The data will always be processed in accordance with GGHS's privacy policy, available at www.generaliglobalhealthservices.com/Info/Privacy-Information and in accordance with the Privacy Policy of Cosmos available at the website of Cosmos www.cosmosinsurance.com.cy. If you require any further information please contact Data Protection Officer by emailing privacy@gghs.ca or writing to the Data Protection Officer, 150 Commerce Valley Drive West, Suite 900 Thornhill, ON L3T 7Z3 Canada. GGHS may need to disclose your personal data to third parties in connection with your claim, including other companies in the Generali group. Further details of such disclosures are included in the GGHS privacy policy.

Η Generali Global Health Services (GGHS) είναι η εταιρεία Generali, η οποία έχει διοριστεί ειδικά για να χειρίζεται τις απαιτήσεις σας, που γίνονται βάσει του ασφαλιστηρίου σας που διατηρεί η Κόσμος Ασφαλιστική. Η GGHS, για να μπορέσει να χειριστεί οποιαδήποτε απαίτηση, θα επεξεργαστεί κατηγορίες προσωπικών δεδομένων, οι οποίες υπόκεινται σε επιπρόσθετη προστασία σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως αρχεία ιατρικού ιστορικού και άλλα ιατρικά δεδομένα. Για αυτή την επεξεργασία, η συγκατάθεσή σας είναι απαραίτητη. Στην περίπτωση όπου τα προσωπικά δεδομένα αφορούν εξαρτώμενο σας πρόσωπο, πρέπει να επιβεβαιώσετε ότι το εξαρτώμενο σας πρόσωπο συγκατατίθεται στην κοινοποίηση των προσωπικών του δεδομένων από εσάς προς την GGHS.

Τα προσωπικά σας δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς για τους οποίους έχουν συλλεχτεί αρχικά. Τα προσωπικά δεδομένα θα φυλαχτούν σε βάση δεδομένων που διατηρεί η Κόσμος Ασφαλιστική όπως και σε βάση δεδομένων που διατηρεί η GGHS στον Καναδά. Τα δεδομένα θα επεξεργάζονται πάντοτε σύμφωνα με την πολιτική προσωπικών δεδομένων της GGHS, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.generaliglobalhealthservices.com/Info/Privacy-Information και σύμφωνα με την πολιτική προσωπικών δεδομένων της Κόσμος Ασφαλιστικής η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.cosmosinsurance.com.cy. Αν έχετε οποιαδήποτε άλλη απορία, παρακαλώ επικοινωνήστε με τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, αποστέλλοντας επιστολή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση privacy@gghs.ca ή αποστέλλοντας επιστολή στον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην ακόλουθη διεύθυνση: 150 Commerce Valley Drive West, Suite 900 Thornhill, ON L3T 7Z3 Canada. Ενδέχεται η GGHS, να χρειαστεί να αποκαλύψει τα προσωπικά σας δεδομένα που σχετίζονται με την απαίτησή σας σε τρίτα πρόσωπα, συμπεριλαμβανομένων εταιρειών του ομίλου Generali. Περαιτέρω λεπτομέρειες σε σχέση με την αποκάλυψη προσωπικών σας δεδομένων, παρατίθενται στην πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων της GGHS.

Please indicate your consent by ticking the box below:

Παρακαλείστε όπως σημειώσετε το πιο κάτω κουτάκι προς επιβεβαίωση της συγκατάθεσής σας:

I expressly consent to GGHS processing categories of personal data about me and/or my dependents which have additional protection under data protection law, such as medical records and other medical information.

Συγκατατίθεται ρητά στην επεξεργασία από την GGHS κατηγοριών προσωπικών δεδομένων που αφορούν εμένα ή εξαρτώμενα μου πρόσωπα, τα οποία τυγχάνουν επιπρόσθετης προστασίας σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως αρχεία ιατρικού ιστορικού και άλλα ιατρικά δεδομένα.

I may withdraw my consent at any time. However, if my consent is withdrawn, this will impact Generali's ability to provide insurance or pay claims.

Έχω δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή. Εν τούτοις, αν αποσύρω τη συγκατάθεσή μου, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητα της Generali να παρέχει ασφάλιση ή να πληρώνει απαιτήσεις.

TERMS AND CONDITIONS | ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ DECLARATION OF TRUTH | ΔΗΛΩΣΗ ΑΛΗΘΕΙΑΣ

By agreeing to these Terms & Conditions, you certify that to the best of your knowledge and belief, this claim submission does not contain any false, misleading or incomplete information. If a claim is wholly or partially fraudulent or intentionally exaggerated or if fraudulent means/devices have been used we will not pay any benefits in relation to that claim. In addition, the amount of any claim settlement made prior to the discovery of the fraudulent act or omission will become immediately repayable. A fraudulent claim may result in a criminal prosecution. Συμφωνώντας με τους παρόντες Όρους και Προϋποθέσεις, βεβαιώνετε, εξ όσων γνωρίζετε και πιστεύετε, πως η υποβληθείσα απαίτηση δεν περιέχει ψευδείς, παραπλανητικές ή ελλιπείς πληροφορίες. Δεν θα καταβάλουμε καμία παροχή σε σχέση με απαίτηση η οποία είναι, εν μέρει ή εξ' ολοκλήρου, δόλια ή σκόπιμα υπερβολική ή εάν για την απαίτηση αυτή έχουν χρησιμοποιηθεί ψευδή μέσα / τρόποι. Περαιτέρω, στην περίπτωση όπου έχουμε διευθετήσει την απαίτησή σας πριν από την ανακάλυψη της δόλιας πράξης ή παράλειψής σας, το ποσό που καταβάλαμε καθίσταται άμεσα επιστρεπτό από εσάς σε εμάς. Δόλια απαίτηση δύναται να οδηγήσει σε ποινική δίωξη.

RETENTION OF ORIGINAL RECORDS | ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

By agreeing to these terms and conditions you agree to retain the original invoices and any other supporting documentation for a period of six months after the submission of a claim. Upon receipt of a request to supply such documents you will immediately send them to us. | Συμφωνώντας με τους παρόντες όρους και προϋποθέσεις, συμφωνείτε να διατηρήσετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και κάθε άλλο υποστηρικτικό έγγραφο για περίοδο έξι μηνών από την υποβολή της απαίτησής σας. Παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε αμέσως τα πιο πάνω έγγραφα, όταν σας ζητηθεί.

Please indicate your consent by ticking the box below:

Παρακαλείστε όπως σημειώσετε το πιο κάτω κουτάκι προς επιβεβαίωση της συγκατάθεσής σας:

I agree to the terms and conditions. | Συγκατατίθεται στους όρους και προϋποθέσεις

Section F and G are to be completed by the treating doctor in BLOCK CAPITALS unless your invoice(s) contain details of the diagnosis as well as the nature of your treatment. | Οι ενότητες Στ και Ζ πρέπει να συμπληρώνονται από τον θεράποντα ιατρό με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, εκτός και εάν το/α τιμολόγιο/α περιέχει/ουν λεπτομέρειες σχετικά με τη διάγνωση και τη φύση της θεραπείας/περίθαλψης/θεραπευτικής αγωγής σας.

SECTION F- MEDICAL PROVIDER'S DETAILS

ΕΝΟΤΗΤΑ Στ – Στοιχεία θεράποντος ιατρού / παρόχου

Name of Doctor / Specialist Όνομα Ιατρού/ Ειδικού		Name of Hospital / Clinic Όνομα Νοσοκομείου/ Κλινικής	
Email Address Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου	Telephone Number (including area code) Αριθμός Τηλεφώνου (συμπ. κωδικού περιοχής)	Fax Number (including area code) Αριθμός Τηλεομοιότυπου (φαξ) (συμπ. κωδικού περιοχής)	
Address Διεύθυνση			

**APPLICABLE TO PHYSIOTHERAPY/PSYCHOTHERAPY CLAIMS ONLY. PLEASE PROVIDE REFERRAL DETAILS:
ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΜΟΝΟΝ ΣΕ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟΥ:**

Name of Referring Physician Όνομα Παραπέμποντος Ιατρού	Date of Referral (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία Παραπομπής (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)
Email Address Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου	Phone Number Αριθμός Τηλεφώνου (συμπ. κωδικού περιοχής)

SECTION G- MEDICAL DETAILS | ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ - ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Indicate type of condition Υποδείξτε τύπο πάθησης Acute ξεία Chronic χρόνια Acute Episode of Chronic οξύ επεισόδιο χρόνιας πάθησης	Date of onset of illness/symptoms (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία εκδήλωσης της ασθένειας/των συμπτωμάτων (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)
Please provide full details of the symptoms/medical condition requiring treatment, including ICD code/DSM-IV. Παρακαλούμε παραθέστε πλήρη στοιχεία των συμπτωμάτων/της ιατρικής πάθησης που απαιτεί θεραπεία, συμπεριλαμβανομένου του κωδικού ICD / DSM-IV.	Date first consulted for illness/symptoms (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία πρώτης ιατρικής διαβούλευσης/επίσκεψης για την ασθένεια/τα συμπτώματα (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)
Has the patient suffered from this condition previously? Ο ασθενής έπασχε από αυτή την πάθηση στο παρελθόν; Yes Ναι No Όχι	If yes, when? (MM/DD/YYYY) Αν ναι, πότε? (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)
Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past? Γνωρίζετε αν έχει παρασχεθεί οποιαδήποτε περίθαλψη για την αντιμετώπιση της πάθησης αυτής ή σχετιζόμενων παθήσεων στο παρελθόν; Yes Ναι No Όχι	If yes, please provide details: Αν ναι, παραθέστε λεπτομέρειες:
Is it likely to reoccur? Υπάρχει ενδεχόμενο να εκδηλωθεί ξανά? Yes Ναι No Όχι	Does it need rehabilitation? Χρειάζεται αποκατάσταση? Yes Ναι No Όχι
Is it permanent? Είναι μόνιμη? Yes Ναι No Όχι	Does it need long term monitoring, consultations, check-ups, examinations or tests? Χρειάζεται μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, διαβουλεύσεις, ελέγχους, εξετάσεις ή αναλύσεις? Yes Ναι No Όχι

APPLICABLE TO MATERNITY CASES ONLY | ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Expected Delivery Date (MM/DD/YYYY) Αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Is the pregnancy a result of assisted conception/in-fertility treatment? Είναι η εγκυμοσύνη αποτέλεσμα υποβοηθούμενης σύλληψης / θεραπείας υπογονιμότητας? Yes Ναι No Όχι	If yes, please provide details: Αν ναι, παραθέστε λεπτομέρειες:
--	---	---

PLEASE SIGN AND AUTHENTICATE WITH AN OFFICIAL STAMP | ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΤΕ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Physician Signature Υπογραφή Ιατρού	Date (MM/DD/YYYY) Ημερομηνία (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):
	Official stamp of Medical Provider Επίσημη σφραγίδα Ιατρικού Παρόχου