

Cyprus Choice

CLAIM FORM / ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Please complete and return this form with all supporting documentation via:

Email to: medicalclaims@cosmosinsurance.com.cy

Post to: Cosmos Insurance Company Public Ltd
P.O. Box 21770, 1513 Nicosia

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και επιστρέψετε το έντυπο αυτό μαζί με όλα τα σχετικά αποδεικτικά μέσω:

Ηλ. Ταχυδρομείου στο: medicalclaims@cosmosinsurance.com.cy

Ταχυ. στη διεύθυνση: Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ
Τ.Θ. 21770, 1513 Λευκωσία

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 insured member making a claim.

PLEASE REMEMBER to submit this claim form together with original copies of all supporting, receipts 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.

Οδηγίες:

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 ασφαλισμένο πρόσωπο που υποβάλλει απαίτηση.

ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ να υποβάλλετε το έντυπο απαίτησης συνοδευόμενο από όλες τις πρωτότυπες αποδείξεις/τιμολόγια και δικαιολογητικά. Οι απαιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται σε εμάς, εντός του αναφερόμενου στο ασφαλιστήριό σας χρονικού διαστήματος. Σε αντίθετη περίπτωση, οι απαιτήσεις θα αξιολογούνται ως ακατάλληλες για πληρωμή ή αποζημίωση.

Use the checklist below to ensure:

Χρησιμοποιείτε την πιο κάτω λίστα για να βεβαιωθείτε ότι:

- 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

In case of Group Policy, please provide main Insured's Details.

ΜΕΡΟΣ Α - Στοιχεία Συμβαλλόμενου

Σε περίπτωση ομαδικού συμβολαίου, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τις λεπτομέρειες του κυρίως ασφαλισμένου.

First Name / Όνομα	Surname / Επίθετο	Member ID Number / Αρ. Κάρτας Μέλους
Email Address / Διευθυνση Ηλ. Ταχυδρομείου	Telephone Number / Αρ. Τηλεφώνου	Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης
Address / Διεύθυνση		
Postcode / Ταχυδρομικός Κώδικας	Town / Πόλη	Country / Χώρα

SECTION B - Main Insured's Details

Complete Section B if the main insured is different than the policyholder.

ΜΕΡΟΣ Β - Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου

Συμπληρώστε την ενότητα Β, στην περίπτωση όπου ο κυρίως ασφαλισμένος δεν είναι ο ίδιος με τον Συμβαλλόμενο.

First Name / Όνομα	Surname / Επίθετο	Member ID Number / Αρ. Κάρτας Μέλους
Email Address / Διευθυνση Ηλ. Ταχυδρομείου	Telephone Number / Αρ. Τηλεφώνου	Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης
Address / Διεύθυνση		
Postcode / Ταχυδρομικός Κώδικας	Town / Πόλη	Country / Χώρα

SECTION C - Patient's Details

ΜΕΡΟΣ Γ - Στοιχεία Ασθενούς

First Name / Όνομα	Surname / Επίθετο	Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης
Telephone Number / Αρ. Τηλεφώνου	Pre-Authorisation / Case Number (if applicable) / Προέγκριση / Αρ. Περιστατικού (όπου εφαρμόζεται)	

Please complete all parts of the following table with the details of each invoice/receipt as a new "claim", making sure to include the amount charged on each.

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε όλα τα πεδία του πιο κάτω πίνακα παρέχοντας λεπτομέρειες του κάθε τιμολογίου/απόδειξης σε ξεχωριστή «απαίτηση» και βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει το ποσό το οποίο έχει χρεωθεί.

CLAIM 1 / ΑΠΑΙΤΗΣΗ 1

Provider's Name / Όνομα Παρόχου		Date of Service / Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας	
Amount Charged / Χρεωθέν ποσό	Has this bill been paid by you? / Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; YES / ΝΑΙ <input type="checkbox"/> NO / ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Date first symptoms appeared / Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/ illness/injury / Πότε έχετε συμβουλευτεί για πρώτη φορά τον ιατρό ή πήρατε θεραπεία/περίθαλψη για αυτήν την πάθηση/ασθένεια/ατύχημα	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury / Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περίθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

CLAIM 2 / ΑΠΑΙΤΗΣΗ 2

Provider's Name / Όνομα Παρόχου		Date of Service / Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας	
Amount Charged / Χρεωθέν ποσό	Has this bill been paid by you? / Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; YES / ΝΑΙ <input type="checkbox"/> NO / ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Date first symptoms appeared / Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/ illness/injury / Πότε έχετε συμβουλευτεί για πρώτη φορά τον ιατρό ή πήρατε θεραπεία/περίθαλψη για αυτήν την πάθηση/ασθένεια/ατύχημα	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury / Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περίθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

CLAIM 3 / ΑΠΑΙΤΗΣΗ 3

Provider's Name / Όνομα Παρόχου		Date of Service / Ημερομηνία λήψης υπηρεσίας	
Amount Charged / Χρεωθέν ποσό	Has this bill been paid by you? / Πληρώσατε εσείς αυτό τον λογαριασμό; YES / ΝΑΙ <input type="checkbox"/> NO / ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Date first symptoms appeared / Ημερομηνία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων		Date the first time you saw a doctor or received treatment for this condition/ illness/injury / Πότε έχετε συμβουλευτεί για πρώτη φορά τον ιατρό ή πήρατε θεραπεία/περίθαλψη για αυτήν την πάθηση/ασθένεια/ατύχημα	
Details of any previous treatments for this condition/illness/injury / Λεπτομέρειες προηγούμενης θεραπείας/περίθαλψης/θεραπευτικής αγωγής για αυτή την πάθηση/ασθένεια/τραυματισμό			

SECTION D - Claim Reimbursement Details

ΜΕΡΟΣ Δ - Πληροφορίες για Καταβολή Αποζημίωσης

Who should the payment be made to?

Σε ποιον πρέπει να καταβληθεί η πληρωμή?

- Payment to medical provider (e.g. Hospital/Specialist)
Η πληρωμή πρέπει να καταβληθεί στον ιατρικό πάροχο (π.χ Νοσοκομείο/Ειδικό)
- Payment must be made to the Policyholder/ Main Insured
Η πληρωμή πρέπει να καταβληθεί στον Συμβαλλόμενο/ Κυρίως Ασφαλισμένο

Preferred Payment Method / Επιθυμητός τρόπος πληρωμής	Cheque / Επιταγή <input type="checkbox"/>	Bank Transfer / Τραπεζικό Έμβασμα <input type="checkbox"/>
---	---	--

For bank transfers, please provide bank details below.

Στην περίπτωση τραπεζικού εμβάσματος, παρακαλούμε όπως παρέχετε τις πιο κάτω τραπεζικές λεπτομέρειες.

Name of Account Holder as it appears on your bank statement / Όνομα του Κατόχου του Λογαριασμού όπως αυτό εμφανίζεται στην κατάσταση λογαριασμού σας	
IBAN (applicable for all EUR payments) / IBAN (εφαρμόζεται σε όλες τις πληρωμές σε Ευρώ)	
Bank Account Number / Αριθμός λογαριασμού	SWIFT Code / Κωδικός SWIFT
Sort/Branch Code / Κωδικός Παραρτήματος (Κωδικός Sort)	Name of Bank/Financial Institution / Όνομα Τράπεζας/Τραπεζικού Ιδρύματος

SECTION E - Using your Personal Information and Declaration of Truth

PRIVACY INFORMATION

In order to manage a claim, Cosmos Insurance and its associates such as Re-insurers, Third Party Claims Administration companies, insurance intermediaries etc. may need to process categories of personal data which have additional protection under provisions of the Law 125(I) 2018 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 Cosmos Insurance and its associates.

The personal data will be used only for the purposes for which it was collected. The personal data will be stored in Cosmos Insurance databases and also in the database of its associates who assist in claims handling (Third Party Claims Administration). The data will always be processed in accordance with Cosmos's privacy policy, available at www.cosmosinsurance.com.cy/el/terms. If you require any further information please contact Data Protection Officer by emailing DPO@cosmosinsurance.com.cy or writing to the Data Protection Officer, Cosmos Tower, 46 Griva Digeni Avenue, 1080 Nicosia, Cyprus.

Please indicate your consent by ticking the box below:

I expressly consent to Cosmos Insurance 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.

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

DECLARATION OF TRUTH

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.

I agree to the terms and conditions

SECTION E - Χρήση των Προσωπικών σας Δεδομένων και Δήλωση Αλήθειας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Για να είμαστε σε θέση να χειριστούμε οποιαδήποτε απαίτηση, θα πρέπει εμείς και/ή συνεργάτες μας όπως ανασφαλιστές, εταιρεία διαχείρισης απαιτήσεων, ασφαλιστική σύμβουλοι κτλ να επεξεργαστούμε 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 εμάς και/ή συνεργάτες μας.

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 διατηρούν συνεργάτες μας που ασχολούνται με την διαχείριση απαιτήσεων. Τα δεδομένα θα επεξεργάζονται πάντοτε σύμφωνα με την πολιτική προσωπικών δεδομένων της Κόσμος Ασφαλιστική, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.cosmosinsurance.com.cy/el/terms. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Εταιρείας, αποστέλλοντας επιστολή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση DPO@cosmosinsurance.com.cy ή αποστέλλοντας επιστολή στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην διεύθυνση Cosmos Tower, Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία, Κύπρος.

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

Συγκατατίθεται ρητά στην επεξεργασία από την Κόσμος Ασφαλιστική 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.

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

ΔΗΛΩΣΗ ΑΛΗΘΕΙΑΣ

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 αποζημίωση 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/παραστάσεις. 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 επιστρεπτέο από εσάς σε εμάς. Δόλια απαίτηση δύναται να οδηγήσει σε ποινική δίωξη.

Συγκατατίθεται στους όρους και προϋποθέσεις

Policyholder's Signature	
Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Υπογραφή Συμβαλλόμενου	
Ημερομηνία	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Main Insured's Signature	
Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισμένου	
Ημερομηνία	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Section G and H are to be completed by the treating doctor in BLOCK CAPITALS unless your invoice(s)/receipt(s) contain details of the diagnosis as well as the nature of your treatment.

Οι ενότητες Ζ και Η πρέπει να συμπληρώνονται από τον θεράποντα ιατρό με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, εκτός και εάν το(α) τιμολόγιο(α)/η (οι) απόδειξη (εις) περιέχει/ουν λεπτομέρειες σχετικά με τη διάγνωση και τη φύση της θεραπείας/περίθαλψης/θεραπευτικής αγωγής σας.

SECTION F - Medical Provider's Details

ΜΕΡΟΣ ΣΤ - Στοιχεία Θεράποντος Ιατρού/Παρόχου

Name of Doctor/Specialist / Όνομα Ιατρού/Ειδικού			
Name of Hospital/Clinic / Όνομα Νοσοκομείου/Κλινικής			
Email Address / Διεύθυνση Ηλ. Ταχυδρομείου			
Address / Διεύθυνση			
Telephone Number / Αριθμός Τηλεφώνου επικοινωνίας		Fax Number / Αριθμός Τηλεμοιότυπου (φαξ)	

SECTION G - Medical Details

ΜΕΡΟΣ Ζ - Ιατρικά Στοιχεία

Indicate type of condition / Υποδείξτε τύπο πάθησης	Acute / Οξεία <input type="checkbox"/>	Chronic / Χρόνια <input type="checkbox"/>	Acute Episode of Chronic / Οξύ επεισόδιο χρόνιας πάθησης <input type="checkbox"/>
Date of onset of illness/symptoms / Ημερομηνία εκδήλωσης της ασθένειας/των συμπτωμάτων			
Please provide full details of the symptoms/medical condition requiring treatment / Παρακαλούμε παραθέστε πλήρη στοιχεία των συμπτωμάτων/της ιατρικής πάθησης που απαιτεί θεραπεία			
Date first consulted for illness/symptoms / Ημερομηνία πρώτης ιατρικής συμβουλής/επίσκεψης για την ασθένεια/τα συμπτώματα			
Has the patient suffered from this condition previously? / Ο ασθενής έπασχε από αυτή την πάθηση στο παρελθόν;	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	
If YES, when? / Αν ΝΑΙ, πότε?			
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 <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	
If YES, please provide details / Αν ΝΑΙ, παραθέστε λεπτομέρειες			
Is it likely to reoccur? / Υπάρχει ενδεχόμενο να εκδηλωθεί ξανά?	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	
Does it need rehabilitation? / Χρειάζεται αποκατάσταση?	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	
Is it permanent? / Είναι μόνιμη?	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	
Does it need long term monitoring, consultations, check-ups, examinations or tests? / Χρειάζεται μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, ιατρική συμβουλή, ελέγχους, εξετάσεις ή αναλύσεις?	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>	

Applicable to maternity cases only.

Εφαρμόζεται μόνο σε περιπτώσεις μητρότητας.

Expected Delivery Date / Αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού		
Is the pregnancy a result of assisted conception/in-fertility treatment? / Είναι η εγκυμοσύνη αποτέλεσμα υποβοηθούμενης σύλληψης/θεραπείας υπογονιμότητας?	Yes / Ναι <input type="checkbox"/>	No / Όχι <input type="checkbox"/>
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 & Official stamp of Medical Provider / Υπογραφή Ιατρού & Επίσημη σφραγίδα Ιατρικού Παρόχου

Date / Ημερομηνία