

# Έντυπο Απαίτησης Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

Το παρόν έντυπο να συμπληρωθεί από το Συμβαλλόμενο Εργοδότη.  
Απαντήστε όλες τις πιο κάτω ερωτήσεις όσο πληρέστερα μπορείτε.  
Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός χρησιμοποιείτε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού.

Αρ. Απαίτησης   
(για χρήση από την Εταιρεία μόνο)

(Παρακαλούμε όπως προσκομίσετε με το έντυπο αυτό όλες τις πρωτότυπες αποδείξεις, τιμολόγια, ιατρικές εκθέσεις και άλλα σχετικά πιστοποιητικά)

## Προσωπικά Στοιχεία

Αριθμός Ασφαλιστηρίου  
Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία Εργοδότη  
Αριθμός Ταυτότητας / Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας Τηλέφωνο  
Διεύθυνση

## Προσωπικά Στοιχεία Αλλοδαπού Εργοδοτούμενου

Όνοματεπώνυμο Αλλοδαπού Εργοδοτούμενου Γένος: Άρρεν Θήλυ  
Ημερομηνία Γέννησης Αριθμός Διαβατηρίου Χώρα Έκδοσης  
Επάγγελμα ή Εργασία Τηλέφωνο

## Γενικές Πληροφορίες

Δηλώστε το Σχέδιο Ασφαλιστικής Κάλυψης που ισχύει, σύμφωνα με το ασφαλιστήριο σας:

Σχέδιο 1 - Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη   
Σχέδιο 2 - Ενδονοσοκομειακή & Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

Υπάρχει οποιαδήποτε συμμετοχή σε Συντεχνιακό Σχέδιο ή άλλο Ταμείο; ΝΑΙ  / ΟΧΙ  Αν 'ΝΑΙ', δηλώστε την αποζημίωση που σας αναλογεί.

Δηλώστε αν ο ασθενής έπασχε προηγουμένως από την ίδια πάθηση.  
Δηλώστε την ημερομηνία που έχουν παρουσιασθεί τα πρώτα συμπτώματα.

## Δήλωση Ιατρού (Να συμπληρωθεί από τον γιατρό)

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς  
Ασθένεια Ατύχημα Ημερομηνία Εξέτασης  
Συμπτώματα  
Πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα;  
Αιτία Ασθένειας / Ατυχήματος

Διάγνωση

Δώστε λεπτομέρειες της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής που έχετε προτείνει στον ασθενή, (π.χ. αναλύσεις, εργαστηριακοί ελέγχοι, εξειδικευμένες εξετάσεις κ.λ.π)

Πότε, κατά την άποψη σας, αναμένετε τον ασθενή να αποθεραπευτεί πλήρως;

**Δηλώνω ότι είμαι ο θεράπωντας γιατρός του ασθενούς και οι λεπτομέρειες που παρέχονται είναι, εξ' όσων γνωρίζω, ορθές και αληθείς.**

Όνοματεπώνυμο Ιατρού Ειδικότητα Ιατρού

Υπογραφή Ιατρού \_\_\_\_\_ Ημερομηνία

## Λεπτομέρειες Ατυχήματος (Να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση ατυχήματος)

Ημερομηνία Ατυχήματος

Ωρα

Τοποθεσία

Περιγραφή Ατυχήματος

Περιγράψτε τη φύση και έκταση των τραυματών και επισυνάψτε τα σχετικά πιστοποιητικά.

Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση οποιονδήποτε ατόμων που υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες του ατυχήματος:

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

## Δήλωση

Δηλώνουμε ότι οι πληροφορίες και τα στοιχεία που έχουν δοθεί στο έντυπο αυτό είναι πλήρη και αληθή και εξουσιοδοτούμε όλους τους ιατρούς που καθ' οιονδήποτε χρόνο εξέτασαν τον ασθενή να εφοδιάσουν την Commercial General Insurance Ltd (CGI) με οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες τους ζητήσει.

Συμφωνούμε να παρέχουμε στην Commercial General Insurance Ltd (CGI) δεδομένα και πληροφορίες τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη για την αξιολόγηση της απαίτησής μας από την CGI και/ή από οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο με το οποίο η CGI συνεργάζεται. Τα προσωπικά μας δεδομένα που συλλέγονται από την CGI είναι τα εντελώς συναφή και απαραίτητα για τους σκοπούς εξέτασης της απαίτησής μας βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μας, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία των Δεδομένων (GDPR) και την οποιαδήποτε συναφή νομοθεσία. Περαιτέρω, αναγνωρίζουμε το δικαίωμα της CGI να διαβιβάσει τα προσωπικά μας δεδομένα σε τρίτους, στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος, νοουμένου ότι η CGI έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για να διασφαλίσει ότι τα άτομα αυτά ακολουθούν τις πρόνοιες του GDPR σε σχέση με την ασφαλή επεξεργασία προσωπικών δεδομένων.

Αντιλαμβανόμαστε επίσης πως στην περίπτωση κατά την οποία χρειαζόμαστε να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μπορούμε να επικοινωνήσουμε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI στην Διεύθυνση Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ' 101, 1071, Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο [DPO@cgi.com.cy](mailto:DPO@cgi.com.cy) ή να ανατρέξουμε στην δήλωση απορρήτου της CGI, η οποία βρίσκεται στην ιστοσελίδα <http://www.cgi.com.cy>.

Περαιτέρω, εξουσιοδοτούμε τις Αρχές όπως την Αστυνομία και/ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση στην CGI, εφ' όσον αυτές ζητηθούν από την CGI για το σκοπό της αξιολόγησης της απαίτησής μας.

Υπογραφή Συμβαλλόμενου Εργοδότη

Ημερομηνία

Υπογραφή Ασφαλισμένου Προσώπου

Ημερομηνία