

**ΜΕΡΟΣ Ι: Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη του Συμβολαίου και τον Ασθενή**  
**SECTION I: To be completed by the Policyholder and by the Patient**

**Υποβολή Απαίτησης / Submission of Claim**

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_

Συμβαλλόμενος με Συμβόλαιο / Policyholder, με αριθμό / of policy number \_\_\_\_\_

Υποβάλλω απαίτηση αναφορικά με την ασθένεια / τραυματισμό που περιγράφετε πιο κάτω /  
Submit my claim regarding the illness/injury that is described here below:

Τηλεμοιότυπο Ιδιοκτήτη / Fax of Policyholder: \_\_\_\_\_ E-mail Ιδιοκτήτη/Policyholder: \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Ασθενή / Patient's Details**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / Id Card No.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνα / Contact details: \_\_\_\_\_

**Λεπτομέρειες για την Ασθένεια/Τραυματισμό / Information for the Illness/Injury**

Ασθένεια / Τραυματισμός (Περιγράψτε): \_\_\_\_\_  
Describe the illness / injury:

Περιγράψτε τα συμπτώματα: \_\_\_\_\_  
Describe the symptoms:

Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; ...../...../.....  
when did the first symptoms appear?

Πότε συνέβηκε το Ατύχημα (αν ισχύει) ...../...../.....  
when did the accident occur (if applicable)

ΝΑΙ / YES    ΟΧΙ / NO

Είχε ποτέ ληφθεί περίθαλψη στο παρελθόν για την ίδια ασθένεια / ατύχημα; Αν ΝΑΙ Πότε;          
Did you ever receive any medical treatment in the past for the same illness / injury. If Yes when:

Όνομα και Διεύθυνση Θεράποντος Ιατρού: \_\_\_\_\_  
Full Name & Address of attending doctor:

Όνομα και Διεύθυνση Κλινικής / Νοσοκομείου: \_\_\_\_\_  
Full Name & Address of Clinic / Hospital:

Ημερ. Εισαγωγής: ...../...../.....  
Admission date:

Ημερ. Εξόδου/ ...../...../.....  
Discharge date:

Ημερ. Χειρουργικής Επέμβασης (αν ισχύει): ...../...../.....  
Date of surgical operation (if applicable):

**Ιστορικό Ατυχήματος / Accident History**

Τοποθεσία Ατυχήματος/ \_\_\_\_\_  
Accident Location:

Λεπτομερής Περιγραφή Ατυχήματος/ \_\_\_\_\_  
Detailed description of accident:

Είδος Ατυχήματος/ \_\_\_\_\_  
Type of Accident:    Εργατικό/Labour     Τροχαίο/Traffic     Άλλο/Other

**Στοιχεία Ασφαλισμένου/Insured Details**

Ασφαλιστική Εταιρεία Οχήματος/ \_\_\_\_\_  
Vehicle Insurance Company:

Αρ. Εγγραφής Οχήματος/ \_\_\_\_\_  
Vehicle Registration No.:

**Στοιχεία Τρίτου σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος/Third Party details in the event of traffic accident**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_

Ασφαλιστική / Insurance Company: \_\_\_\_\_ Αρ. Εγγραφής Οχήματος / Vehicle Registration No.: \_\_\_\_\_

## Υποβολή Απαίτησης για Νοσοκομειακή Περίθαλψη πριν τη Διεξαγωγή της / Submission of claim prior receiving the Hospital Treatment

Επιθυμείτε την εξέταση της Απαίτησης σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης;/  
Do you wish your claim to be investigated prior receiving the in-hospital treatment?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

• Η εξέταση της Απαίτησης σας μπορεί να γίνει μόνο για προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη και θα βασίζεται στα δεδομένα που μας δίνονται/  
The investigation of your claim may be done only for a scheduled in-hospital treatment based on the information provided to us.

• Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε το αίτημα σας θα πρέπει να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες μέρες πριν την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη/  
To enable us investigate your request you have to submit the claim form with all necessary supporting documents, at least five (5) working days prior to the scheduled in-hospital treatment.

• Η απόφαση μας θα βασίζεται αποκλειστικά στους όρους της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης και δεν θα αποτελεί, με οποιοδήποτε τρόπο, ένδειξη ή συμβουλή για την αναγκαιότητα της προτεινόμενης περίθαλψης/  
Our decision will be based solely on the terms and conditions of your insurance policy and will not in any way be considered as an indication or advice for the necessity of the recommended treatment.

## Διακανονισμός Πληρωμής / Settlement of Claim Payment

**Παρακαλώ επιλέξτε / Please Select:**

Πληρωμή στον Ιδιοκτήτη, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλετε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, οι αποδείξεις θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης/ Payment to the policyholder on the basis of the original receipts which are attached. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the receipts have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.

Επιταγή στο όνομα της Κλινικής / Νοσοκομείου όπου έγινε / θα γίνει η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ή / και του Ιατρού, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια που επισυνάπτονται. Στη περίπτωση που υποβάλετε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, τα τιμολόγια θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης / Cheque payable to the doctor of the clinic/hospital where the treatment has taken or will take place. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the invoices have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.

*Σημειώνεται ότι για περιστατικά Εξωτερικού Ασθενή θα πρέπει να επισυνάπτονται οι πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής/  
Please note that for outpatient cases all of the original receipts have to be attached.*

## Άλλη Ασφαλιστική Κάλυψη / Other Insurance Coverages

Αν η Περίθαλψη δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης από τρίτο πρόσωπο, ή καλύπτεται από άλλη πηγή (Ιδιωτική ή Κοινωνική Ασφάλιση, Ταμεία Υγείας κλπ) παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If the treatment creates an obligation for compensation from a third party or is covered by any other source (private or social insurance, health funds etc.) please give details:

---

## Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην αίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co, Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Τόπος \_\_\_\_\_

Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της αίτησης σας, παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Karyatis Administrators στο τηλέφωνο 24 200 860.

Hereby confirm that all the information given to this claim, is true and complete and I hereby authorized Ypera Insurance Co. Ltd and Karyatis Administrators, to request from any physical or legal entity information pertaining to my physical and mental health. Also, I hereby authorize the release of such information.

Full Name & Signature of Adult Patient \_\_\_\_\_

Full Name & Signature of Policyholder \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Ασθενή / Patient's Details**

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / Full Name of patient: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth: \_\_\_\_\_

**Ασθένεια/ Τραυματισμός / Illness / Injury**

Αρχική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/  
Initial Diagnosis (date and detailed description):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Τελική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/  
Final Diagnosis (date and detailed description):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Περίθαλψη / Treatment**

- Επείγον περιστατικό / Urgent Incident       Εξωτερικά Ιατρεία / Outpatient       Ημερήσια Χειρουργική Νοσηλεία / Daily Surgical  
 Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση / Scheduled surgical operation       Άλλο / Other

Ημερομηνία Επέμβασης/ Date of operation ...../...../.....

Όνομα & Διεύθυνση Νοσοκομείου / Κλινικής που έγινε / Θα γίνει η Νοσηλεία:  
Name & Address of Hospital / Clinic where treatment has been / Will be undertaken: \_\_\_\_\_

Ημερ. Εισαγωγής / Date of Admissions: ...../...../.....

Ώρα Εισαγωγής / Time of Admissions: ..... : .....

πμ/μμ  
am/pm

Ημερ. Εξόδου / Date of Discharge: ...../...../.....

Ώρα Εξόδου / Time of Discharge: ..... : .....

πμ/μμ  
am/pm

**Λεπτομέρειες για την Ασθένεια / Τραυματισμό / Details of Illness / Injury**

Περιγράψτε τα συμπτώματα του Ασθενή / Describe the patient's symptoms:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Πότε είχε ο Ασθενής τα πρώτα του συμπτώματα (ημερομηνία); ...../...../..... Πότε συνέβηκε το Ατύχημα; (Αν ισχύει/ημερομηνία)...../...../.....

When did the patient's symptoms first appear (date)? ...../...../..... When did the accident occur? (Date if applicable) ...../...../.....

Πότε σας επισκέφθηκε ο Ασθενής για πρώτη φορά (ημερομηνία); / When did the patient first visit you (date) ...../...../.....

Αναφέρετε και περιγράψτε με λεπτομέρεια τους παράγοντες που επέβαλαν την εισαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο / Κλινική:  
State and describe in detail the causes which have led to the submission of the patient to the hospital / clinic:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν αναφορικά με την ασθένεια / τραυματισμό. (Αναφέρετε ημερομηνίες και επισυνάψτε τα αποτελέσματα);/  
Medical and diagnostic laboratory examinations which have been performed with regard to the illness / injury (state the dates and attach the results):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Περιγράψτε την περίθαλψη που δόθηκε στον Ασθενή, καθώς και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα;/  
Describe the treatment which was given to the patient as well as the medicines which have been administered to date:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Περίθαλψη που επίκειται / Treatment to follow:

Παρακολουθείται ή λαμβάνει περίθαλψη από Ιατρό άλλης ειδικότητας; (Δώσε λεπτομέρειες);/  
Is the patient under medical observation or is receiving treatment from any doctor of other specialty? (Give details):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Έχει ο Ασθενής αποθεραπευτεί από την ασθένεια / τραυματισμό;  
Has the patient recovered from the illness / injury?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Είναι η πρώτη φορά που ο Ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια/ τραυματισμό;  
If this is the first time the patient is receiving treatment for this illness/injury?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Αν όχι, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πως αντιμετωπίστηκε;

If No, when did the first incident occur and how was treated?

Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση ή σύνδρομο; (Περιγράψτε):

Does the patient suffers or suffered in the past from any illness or any other disease or syndrome? (Give details):

Όνοματεπώνυμο Ιατρού /  
Full name of Doctor:

Ειδικότητα /  
Specialty:

Διεύθυνση/ Address:

Τηλέφωνο /  
Telephone:

Υπογραφή Ιατρού  
Doctor's Signature

Ημερομηνία  
Date

Σφραγίδα Νοσοκομείου/Κλινικής  
Hospital/Clinic Stamp

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date

**Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα.**

**Please make sure that all sections of the claim form are duly completed.**

**Σημείωση:** Αφού συμπληρωθεί το Έντυπο Απαίτησης παρακαλούμε όπως αποσταλεί στη **Karyatis Administrators** στο email: **info@karyatisadmin.com**  
ή στο **Φαξ: 24 200 869, Τηλ. 24 200 860**

**Important Note:** After completion of the claim form please send it to **Karyatis Administrators** by email: **info@karyatisadmin.com**  
**or by Fax at No: 24 200 869, Tel: 24 200 860**

**CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679**

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Karyatis Administrators Ltd, has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

**I. DEFINITIONS**

"Controller" and "Processor" refers only to Karyatis Administrators Ltd, from Ydrogios Tower, 52 Archbishop Makarios III Avenue, 4<sup>th</sup> floor 6017 Larnaca, tel. 24200861, fax 24200869, email: [info@karyatisadmin.com](mailto:info@karyatisadmin.com)

"Subject of Data" means the person insured or potential to be insured person and any members of their family who are covered by the insurance plan or are in a position to insure themselves.

"Personal data" means any information relating to the insured person or potential to be insured person while he/she is alive and whose identity is known or can be ascertained directly or indirectly, in particular by reference to an identification number or the basis of one or more precise elements which portrays its status and includes data of special categories (sensitive) that have been given or will be given in the future to Karyatis Administrators Ltd.

"Sensitive Personal Data": which reveal racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs or participation in a trade union, as well as the processing of genetic data for the purpose of undeniable identification of persons, data relating to health, sexual life or sexual orientation.

"Data Protection Officer" refers to Mrs. Niki Hadjicosta contact details of Ydrogios Tower, 52 Archbishop Makarios III Avenue, 4<sup>th</sup> floor 6017 Larnaca, tel. 24200861, fax 24200869, email: [info@karyatisadmin.com](mailto:info@karyatisadmin.com)

"Data Processing": includes automated media use or non-collection, registration, organization, structure, storage, adaptation, alteration, retrieval, search, use, transmission, dissemination, any other form of disposal, combination, restriction, and deletion or destruction of personal data.

**II. PURPOSE OF PROCESSING**

The controller in the course of his or her activities will carry out in whole or partly an automated and/or non-automated processing of personal data whether these belongs to the specific categories of personal data (sensitive) as stated in Article 9 of the Regulation (EU) 2016/679 or not, which are or will be comprised in a filing system that is relevant and limited to what is necessary for the purposes for which they are collected and will be updated at reasonable intervals.

The main purpose of the processing is to examine and / or manage any claim arising from the insurance policy issued to you by Ypera Insurance Co. Ltd and the prevention and avoidance of fraudulent offenses and insurance fraud.

In addition to the basic purpose, personal data will be processed for the purpose of (a) the collection of evidence (validated and numbered invoices, receipts, prescriptions, radio diagnostic tests and medical certificates) to examine any of your submitted claim request (b) the confirmation of illness, accident, care, etc. for which any claim you make is such that it is covered by the insurance contract and (c) the excellent provision and maintenance of high quality services to you.

**III. DATA RECEIVERS**

Karyatis Administrators Ltd will transmit your personal data solely for the purposes set forth below, with whom confidentiality agreements are in place for the performance of their duties:

- Authorized employees under its supervision.
- Authorized external partners, natural or legal persons, e.g. doctors, private and/or public hospitals, lawyers, auditors, legal advisers or insurance agents.
- Affiliated companies or contracted or cooperating companies.
- At Ypera Insurance Co Ltd, this has undertaken the examination and management of the claims submitted to it.
- Reinsurance companies and / or reinsurance intermediaries with whom has entered into or is about to conclude reinsurance contracts.

The processing of data is confidential and will be carried out only by persons under the supervision of the controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties other than the above stated cases and / or where the regulation permits or imposes it and / or where further explicit consent.

..... (Initials)

