

## Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare

## Έντυπο απαίτησης

- Πρέπει να συμπληρώσετε πλήρως τις ενότητες 1,2,3 και 4.
- Ο ιατρός σας θα πρέπει να συμπληρώσει πλήρως τις ενότητες 5,6 και 7.
- Τόσο εσείς όσο και ο ιατρός σας θα πρέπει να υπογράψετε και να σημειώσετε την ημερομηνία στο έντυπο αυτό, το οποίο θα πρέπει να συνοδεύεται από τα πρωτότυπα επικυρωμένα και αριθμημένα τιμολόγια και συνταγές, διαφορετικά η απαίτηση σας ενδέχεται να μην διεκπεραιωθεί.
- Θα πρέπει να αναφέρετε τον αριθμό διαβατηρίου/ταυτότητας για να διεκπαιρώσουμε την απαίτηση σας.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορίες αναφορικά με το έντυπο αυτό ή οποιοδήποτε άλλο θέμα που αφορά την κάλυψη σας, παρακαλώ καλέστε τον αριθμό +357 22 88 22 22 και ζητήστε το Τμήμα Ατυχημάτων και Υγείας.

### 1. Στοιχεία μέλους και ασθενούς

Όνοματεπώνυμο μέλους:	Διαβατήριο/ Αρ. Ταυτότητας	Αριθμός συμμετοχής από την κάρτα σας
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	Διαβατήριο/ Αρ. Ταυτότητας	Αριθμός ομαδικού σχεδίου (αν υπάρχει)
Διεύθυνση ασθενούς		Ημερομηνία γέννησης μέλους
		Ημερομηνία γέννησης ασθενούς (αν είναι διαφορετική)
Αριθμός τηλεφώνου:	Αριθμός κινητού:	Αριθμός τηλεφώνου κατά τις εργάσιμες ώρες
Αριθμός φαξ:		Συγγένεια του ασθενούς με το μέλος
Διεύθ. ηλ. ταχυδρομείου:		

### 2. Συμπληρώνεται από τον ασθενή (ή το μέλος, αν ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών)

<p>1. Αν πρόκειται να καταβληθούν χρήματα σε τρίτο πρόσωπο και όχι στον κυρίως ασφαλιζόμενο (π.χ. στον κηδεμόνα του ασθενούς), συμπληρώστε τα πιο κάτω στοιχεία: Εξουσιοδοτώ την απευθείας καταβολή ωφελημάτων στον/στην</p> <p>Διεύθυνση _____</p> <p>Υπογραφή κυρίως ασφαλιζομένου _____</p> <p>Ημερομηνία _____</p>	<p>2. Η καταβολή ωφελημάτων θα γίνει σε Ευρώ, εκτός αν υπάρξει διαφορετική γραπτή συμφωνία.</p> <p>Σε ποιο νόμισμα τιμολογήθηκε η θεραπεία αρχικά:</p> <p>_____</p> <p>Όνοματεπώνυμο και αρ. Τηλεφώνου του ιατρού του ασθενούς</p> <p>_____</p> <table border="1"> <tr> <td>Αρ. Λογαριασμού</td> <td>Κωδικός Τράπεζας (sort code)</td> </tr> <tr> <td>Όνομα λογαριασμού</td> <td>Τράπεζα</td> </tr> </table>	Αρ. Λογαριασμού	Κωδικός Τράπεζας (sort code)	Όνομα λογαριασμού	Τράπεζα
Αρ. Λογαριασμού	Κωδικός Τράπεζας (sort code)				
Όνομα λογαριασμού	Τράπεζα				

3. Αν η θεραπεία παρασχέθηκε εκτός Κύπρου, θα πρέπει να απαντήσετε τα παρακάτω ερωτήματα:

- (α) Χώρα όπου παρασχέθηκε η θεραπεία \_\_\_\_\_
- (β) Ο λόγος για τον οποίο ο ασθενής ήταν στο εξωτερικό \_\_\_\_\_
- (γ) Ημερομηνίες αναχώρησης και επιστροφής στη δική σας ζώνη κάλυψης Από \_\_\_\_\_ Μέχρι \_\_\_\_\_

4. Η απαίτηση σας είναι για επίδομα ασθενείας, παραμονής στο νοσοκομείο ή κλινική για θεραπεία χωρίς χρέωση;

Σημειώστε ανάλογα  Ναι  Όχι

Αν Ναι, εσφραγίστε πιστοποιητικό του νοσοκομείου, το οποίο να επιβεβαιώνει τις ημερομηνίες παραμονής.

### 3. Στοιχεία άλλου ασφαλιστικού φορέα

Η θεραπεία σχετίζεται με ατύχημα; Σημειώστε ανάλογα  Ναι  Όχι  Καλύπτεται η θεραπεία από άλλο συμβόλαιο; Ναι  Όχι

Αν η απάντησή σας σε οποιαδήποτε από αυτές τις ερωτήσεις ήταν 'Ναι', αναφέρετε την επωνυμία της ασφαλιστικής εταιρείας.

#### 4. Δήλωση του ασθενούς και συγκατάθεση (να συμπληρωθεί από τον ασθενή)

Ο περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος (ο Νόμος)

Σας πληροφορούμε ότι σύμφωνα με τον πιο πάνω Νόμο, τα προσωπικά δεδομένα που μας παραχωρείτε συμπληρώνοντας το έντυπο αυτό όσον αφορά εσάς και οποιαδήποτε μέλη της οικογένειάς σας τα οποία καλύπτονται από το Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare, συλλέγονται από την εταιρεία Universal Life σύμφωνα με τους σκοπούς που αναφέρονται στη δήλωση που έχετε υπογράψει όταν εγγραφήκατε στο Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare. Συγκεκριμένα, η συλλογή των ως άνω δεδομένων σας δυνάμει του εντύπου αυτού γίνεται για το σκοπό:

1. αποτροπής παράνομης απαίτησης ή και απάτης από τη διεκδίκηση χρημάτων εις διπλούν από το ίδιο πρόσωπο από δύο διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες.
2. συλλογής αποδεικτικών στοιχείων (επικυρωμένα και αριθμημένα τιμολόγια και συνταγές) για σκοπούς επεξεργασίας της απαίτησης. Η εταιρεία Universal Life δυνατόν να μην είναι σε θέση να διεκπεραιώσει μια απαίτηση εάν δεν έχει επαρκή στοιχεία που να σχετίζονται με το πρόσωπο του αιτητή και υπογράφει από τον αιτητή.
3. ορθής εσωτερικής διοίκησης και λειτουργίας της εταιρείας όπως και για την επιβεβαίωση της κάλυψης. Η Universal Life δυνατόν να μην είναι σε θέση διαφορετικά να πληρώσει μια απαίτηση εάν δεν γνωρίζει ποιος είναι ο αιτητής ή που παρασχέθηκε η θεραπεία.
4. επιβεβαίωση κατά πόσον η ασθένεια, ατύχημα, περίθάλψη, κλπ., για την οποία γίνεται η απαίτηση του ασθενή, είναι τέτοια ώστε να καλύπτεται όντως από το Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare.

Όλα τα δεδομένα σας διατηρούνται απόρρητα και δεν αποκαλύπτονται σε τρίτους εκτός όπως προνοεί ο Νόμος. Τυχάνουν επεξεργασίας μόνο από εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού της εταιρείας Universal Life με κατάλληλες επαγγελματικές και τεχνικές γνώσεις. Έχετε δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των προσωπικών δεδομένων που μας παραχωρείτε.

Για την εκπλήρωση των ως άνω σκοπών, σε μερικές περιπτώσεις είναι αναγκαία η παροχή επιπρόσθετου πιστοποιητικού από το γιατρό σας, επιπρόσθετα από τα στοιχεία που ο θεράπων γιατρός σας έχει συμπληρώσει στο Ιατρικό Μέρος (Μέρος 6) του Εντύπου Απαίτησης. Δυνάμει δε του ως άνω Νόμου, έχετε τα έξης δικαιώματα :

1. Μπορείτε να αρνηθείτε να δώσετε τη συγκατάθεση σας για την αποστολή του εν λόγω πιστοποιητικού. Σε αυτή την περίπτωση, σημειώστε ✓ στο κουτάκι . Σας ενημερώνουμε όμως ότι σε αυτήν την περίπτωση, παρά τις εύλογες προσπάθειες που θα καταβάλλουμε, δυνατόν να μην είμαστε σε θέση να διεκπεραιώσουμε την απαίτηση σας χωρίς το πιστοποιητικό αυτό.
2. Μπορείτε να ζητήσετε να διαβάσετε το πιστοποιητικό προτού αυτό μας αποσταλεί από τον ιατρό σας. Σε αυτήν την περίπτωση, σημειώστε ✓ στο κουτάκι  και θα ειδοποιήσουμε τον ιατρό σας.

Ο ιατρός σας δεν θα αποστείλει το πιστοποιητικό μέχρις ότου διαβάσετε και αποδεχθείτε το περιεχόμενο του πιστοποιητικού. Αν δεν συμφωνείτε με το περιεχόμενο του πιστοποιητικού, μπορείτε και πάλι να αρνηθείτε την αποστολή του πιστοποιητικού. Δυνατόν όμως να μην είμαστε σε θέση να διεκπεραιώσουμε την απαίτηση σας χωρίς το πιστοποιητικό αυτό.

Σε περίπτωση που, εκτός από το πιο πάνω πιστοποιητικό, είναι απόλυτα αναγκαία η περαιτέρω συζήτηση της ασθένειας και των λεπτομερειών της θεραπείας με τον ιατρό σας για την εκπλήρωση των ως άνω σκοπών, δεν θα επικοινωνήσουμε με τον ιατρό σας εκτός αν μας δώσετε τη γραπτή σας συγκατάθεση για αυτό. Σε περίπτωση που δεν δώσετε τη συγκατάθεση σας με το παρόν έγγραφο, δικαιούστε να δώσετε τη συγκατάθεση σας δυνάμει άλλου εντύπου το οποίο θα σας αποσταλεί από την εταιρεία Universal Life.

##### Δήλωση του ασθενούς και συγκατάθεση

Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ο γονέας ή κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών) (διαγράψετε ότι δεν εφαρμόζεται). Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή. Για το σκοπό διεκπεραίωσης της απαίτησής μου, δια του παρόντος συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τα οποία έχω συμπεριλάβει στο παρόν έντυπο και σε οποιαδήποτε ιατρικά πιστοποιητικά τα οποία τυχόν να παραχωρηθούν εκ μέρους μου στην εταιρεία Universal Life δυνάμει σχετικής μου συγκατάθεσης.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου να συζητήσει την ασθένειά και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την εταιρεία Universal Life.

Συμφωνώ πως ένα αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

Υπογραφή ..... Ημερομηνία .....

Να υπογραφθεί από το υπεύθυνο άτομο (γονέα/κηδεμόνα αν κάτω από 18)

Στείλετε αυτό το έντυπο απαίτησης μαζί με τα συνοδευτικά έγγραφα, στη διεύθυνση:  
**Τμήμα Ατυχημάτων και Υγείας, Universal Life, Τ.Θ. 21270, 1505 Λευκωσία, Κύπρος**

#### 5. Απευθείας διακανονισμός από την Universal Life

Η νοσοκομειακή περίθαλψη θα πρέπει να έχει εξουσιοδοτηθεί εκ των προτέρων (ανατρέξτε στο εγχειρίδιό σας για λεπτομέρειες). Επικοινωνήστε μαζί μας στον αριθμό +357 22 88 22 22 ή με φάξ στον αριθμό +357 22 88 22 66 τουλάχιστον 10 ημέρες πριν από την θεραπεία, για τις απαραίτητες διευθετήσεις.

Το έντυπο απαίτησης θα πρέπει να υποβάλλεται εντός 90 ημερών από την ημερομηνία έναρξης της θεραπείας και θα πρέπει να συνοδεύεται από όλες τις πρωτότυπες, αριθμημένες αποδείξεις/τιμολόγια – σύμφωνα με την συμφωνία συμμετοχής του συμβολαίου. Οι απαιτήσεις δεν θα διεκπεραιώνονται αν δεν υποβληθούν εντός 90 ημερών από την έναρξη της θεραπείας. Η έκδοση του εντύπου αυτού δεν συνεπάγει την ανάληψη οποιωνδήποτε ευθυνών εκ μέρους της Universal Life ή/και της AXA PPP healthcare. Σας συνιστούμε να κρατήσετε φωτοαντίγραφο του συμπληρωμένου εντύπου και των τυχόν συνημμένων εγγράφων για το προσωπικό σας αρχείο.

**6. Ιατρικό Μέρος** (Συμπληρώνεται πλήρως από τον ιατρό του ασθενούς – όλα τα πλαίσια πρέπει να συμπληρωθούν με κεφαλαίους χαρακτήρες. Θα απαιτήσουμε στοιχεία για οποιοσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις που έχετε κάνει και πιθανόν να απαιτήσουμε τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών. Θα σας ενημερώσουμε αν τα χρειαζούμαστε.)

1. Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες αναφορικά με τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν:

2. Παρακαλούμε σημειώστε την ημερομηνία κατά την οποία ο ασθενής σας **αρχικά** αντιλήφθηκε **οποιοσδήποτε** ενδείξεις ή συμπτώματα των ιατρικών καταστάσεων για τις οποίες ζητά ωφελήματα (ημέρα, μήνα, έτος):

3. Παρακαλούμε σημειώστε την ημερομηνία κατά την οποία ο ασθενής σας, επισκέφθηκε για **πρώτη** φορά κάποιον ιατρό για να τον συμβουλευθεί για αυτήν την ιατρική κατάσταση:

4. Παρακαλούμε παραθέστε πλήρες ιστορικό της ιατρικής κατάστασης που απαιτεί θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας πλήρεις λεπτομέρειες για τυχόν προηγούμενη διερεύνηση/θεραπεία, καθώς επίσης και τις σχετικές ημερομηνίες:

Ημερομηνίες:

5. Έχετε παραπέμψει τον ασθενή για οποιοσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις ; Αν ναι, παρακαλούμε όπως παρέχετε λεπτομέρειες:

6. Παρακαλούμε δώστε την **ακριβή** διάγνωση (μετά από την ολοκλήρωση των διαγνωστικών εξετάσεων):

7. Παρακαλούμε δώστε πλήρη στοιχεία για τυχόν τρέχουσα ή προγραμματισμένη θεραπεία:

8. Φάρμακα/ άλλα προϊόντα θεραπείας κατόπιν συνταγής (παραθέστε κατάλογο)

Αρ. δισκίων / ποσότητα σιροπιού κατόπιν συνταγής

Περίοδος χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής

9. Ονοματεπώνυμο Ασθενούς που λαμβάνει θεραπεία (με κεφαλαίους χαρακτήρες)

**7. Πληροφορίες Νοσοκομείου ή Κλινικής (να συμπληρωθεί από τον θεράποντα ιατρό)**

Επωνυμία και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής

Ημερομηνία εισαγωγής/θεραπείας

Ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης (αν ισχύει)

Αναμενόμενη ημερομηνία εξόδου

**8. Δήλωση Ιατρού**

Δηλώνω ότι είμαι ο θεράπων ιατρός του ασθενούς και ότι τα στοιχεία που παρασχέθηκαν είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ορθά.

Ονοματεπώνυμο Ιατρού (με κεφαλαίους χαρακτήρες)

Σφραγίδα

.....

Υπογραφή .....

Ημερομηνία .....

Αποκλειστικά για χρήση από την Universal Life

Λειτουργός απαιτήσεων

Προϊστάμενος

Ιατρικός Σύμβουλος

Διευθυντής

Τελική απόφαση

Σχόλια για την πληρωμή



AXA PPP healthcare

AXA PPP healthcare limited.  
Registered office 5 Old Broad Street, London, EC2N 1AD,  
United Kingdom. Registered in England No. 3148119.  
Authorised and regulated by the Financial Services Authority.  
© AXA PPP healthcare 2010.



UNIVERSAL LIFE

Universal Tower,  
85 Dhigenis Akritas Ave.,  
P.O. Box 21270, 1505 Nicosia  
Tel: 22 88 22 22, Telefax: 22 88 22 00  
Internet Home Page:  
<http://www.universallife.com.cy>