

Συμβαλλόμενος

Policy Owner

Ασφαλισμένος

Insured

Όνομα Ασθενή

Patient Name

Τηλ.

Tel.

Τηλ.

Tel.

Ημ. Γέννησης

Date of birth

Αρ. Συμβολαίου

Policy Number

Αρ. Ταυ./Διαβατ.:

ID/Passport No:

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ/ PHYSICIAN'S STATEMENT

Διάγνωση / Diagnosis:

Αναλύσεις / Laboratory Tests

1
2
3

Ακτινογραφίες / X Rays

1
2
3

Φάρμακα / Prescribed

1
2
3

- Σε περίπτωση νοσηλείας ποια είναι η κλινική εικόνα του ασθενούς κατά την εισαγωγή
In case of hospitalization what was the patient's clinical condition during admission

Ημερομηνία Εισαγωγής
Admission Date

- Ιατρικό ιστορικό παρούσης και προηγούμενης ιατρικής κατάστασης
Medical history of current and previous medical condition

Ημερομηνία Εξόδου
Exit Date

- Παρακαλώ όπως επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για τη μελέτη του Περιστατικού. Please attach the results of diagnostic tests and medical reports required for the study of the case.

- Ο υπογεγραμμένος ιατρός εξέτασα τον πιο πάνω ασθενή, διέγνωσα την πιο πάνω κατάσταση και συνέστησα τις πιο πάνω αναλύσεις/ακτινογραφίες και συνέστησα την πιο πάνω φαρμακευτική αγωγή για την θεραπεία της διαγνωσθείσας κατάστασης. I, the undersigned Physician, have examined the above patient and diagnosed the above condition and prescribed the above lab tests, x-rays, and medication from the treatment of the diagnosed conditions.

Όνοματεπώνυμο Ιατρού

Physician's Name

Ειδικότητα

Specialty

Επωνυμία Κλινικής - Νοσοκομείου

Hospital - Clinic Name

Υπογραφή Ιατρού

Physician's Signature

Τηλ.
Tel.

Ημερ. Εξέτασης
Examination Date

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / CLAIMANT'S DECLARATION

Συμβαλλόμενος

Policy Holder

Ασφαλισμένος

Insured

Διάγνωση

Diagnosis

Τηλ.

Tel.

Αρ. Συμβολαίου

Policy Number

Τηλ.

Tel.

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά και περιγραφή

Date of first appearance of symptoms relating to the illness. Please give details.

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία: Αν ναι πότε;

Have you ever suffered from the same cause in the past? If yes when?

Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πότε συνέβηκε

In case of bodily injuries resulting from an accident, state where and when the accident occurred

ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ / PATIENT'S DECLARATION AND CONSENT

Βεβαιώνω ότι είμαι ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία είναι που παρέχονται πιο πάνω είναι αληθή και ακριβή. Για το σκοπό διακπεραίωσης της αίτησης μου, διά του παρόντος συγκαταίθεμαι 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 παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία σχετικής μου συγκατάθεσης. Συγκαταίθεμαι και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την παρούσα Ασφαλιστική Εταιρεία. Συμφωνώ πως ένα αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

I declare that I am the patient, parent or guardian of the patient (if the patient is under 18 years of age). I wish to claim benefit and declare that all the particulars I have given are to the best of my knowledge, true and correct. In order that my claim may be assessed and settled I hereby consent to processing the personal data which I have included in this form and in any medical reports that may be submitted on my behalf to the current Insurance Company with my consent. I consent and authorize my doctor to discuss my illness and the details of my treatment with the current Insurance Company. I agree that one copy of this consent document will have the validity of an original.

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of the Policy Holder

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Signature of the Insured

Ημερομηνία / Date

Σε ποιούς απευθύνεται: Σε εργοδότες αλλοδαπών οικιακών βοηθών, εργατών αλλά και σε αλλοδαπούς τρίτων χωρών γενικά που χρειάζονται άδεια παραμονής σαν επισκέπτες ή και εργασίας στην Κύπρο.

Τι καλύπτει: Την πληρωμή των εξόδων που σχετίζονται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε νοσοκομείο ή κλινική μετά απο ατύχημα ή ασθένεια στην Κύπρο όπως:

- Έξοδα διαμονής σε νοσοκομείο ή κλινική
- Διάφορα νοσοκομειακά έξοδα • Ωφέλημα τοκετού
- Προαιρετική κάλυψη για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ:

- Εκ γενετής παθήσεις και ελαττώματα.
- Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας(AIDS).
- Θεραπευτική ανάπαυση, φροντίδα σε σανατοριακή κηδεμονευτική φροντίδα, ή περιόδους λοιμοκάθαρσης ή απομόνωσης.
- Αισθητική ή πλαστική χειρουργική επέμβαση, εκτός εάν αυτή καθίσταται αναγκαία λόγω Σωματικής Βλάβης απο Ατύχημα που συνέβη κατά την διάρκεια της Περιόδου Ασφάλισης.
- Οδοντιατρική εξέταση, ακτινογραφίες δοντιών, εξαγωγές δοντιών, απουερώσεις, σφραγίσματα εκτός εάν αυτά είναι αποτελέσματα βλάβης απο Ατύχημα σε υγιή φυσικά δόντια, το οποίο αποδεικνύεται πέραν πάσης λογικής αμφιβολίας με ακτινογραφίες ή εξωτερική εξέταση ή άλλα κλινικά ευρήματα, προσθετική ή διορθωτικά μέσα και ιατρικές εφαρμογές και τεχνητά δόντια, κορώνες ενθέματα και γέφυρες, ορθοδοντική, ενδοδοντική, περιοδοντίτιδα και γενική οδοντιατρική φροντίδα.
- Διαθλαστικές παθήσεις ή ανωμαλίες των οφθαλμών και παροχή ή εφαρμογή οπτικών ή ακουστικών μέσων.
- Συνηθισμένες ιατρικές εξετάσεις που δεν σχετίζονται ή δεν είναι αναγκαίες για τη διάγνωση ασθένειας ή Σωματικής Βλάβης απο Ατύχημα.
- Γενικές ιατρικές εξετάσεις.
- Ενοφθαλμισμούς και εμβολιασμούς.
- Αντισυλληπτικά και / ή εφαρμογή αντισυλληπτικών μέσων.
- Έξοδα θεραπείας ρευματισμών, αρθρικών, οσφυαλγίων, αυχεναλγίων και ισχιαλγίων, εκτός της περιπτώσεως εισαγωγής και παραμονής στο Νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενή για τις εν λόγω παθήσεις οπότε τα Νοσοκομειακά έξοδα καλύπτονται.
- Έξοδα θεραπείας στειρότητας ή/και τεκνοποίησης.
- Φυσιοθεραπεία, εκτός της απαραίτητης για την επανόρθωση βλάβης απο ατύχημα.
- Προϋπάρχουσες ασθένειες ή παθήσεις και οποιεσδήποτε επιπλοκές ή συνέπειες που προέρχονται απο αυτές.
- Έξοδα θεραπείας γυναικολογικών προβλημάτων που συμβαίνουν είτε πριν είτε μέσα σε 6 μήνες απο την έναρξη του Ασφαλιστηρίου ή απο την Πρόσθετη Πράξη επαναφοράς του σε ισχύ ή την ένταξη του Ασφαλισμένου Προσώπου στο σχέδιο.
- Νευρική ή διανοητική διαταραχή ή κρίσεις επιληψίας ή ψυχικές ασθένειες ή διαταραχές ή θεραπεία σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα.
- Έξοδα για θεραπεία που δεν γίνεται ή δεν συστήνεται απο νομικά αδειούχο και προσοντούχο γιατρό ή που γίνεται σε φυσιοθεραπευτική κλινική ή υδροθεραπευτήριο ή παρόμοιο ίδρυμα ή κατά τη διάρκεια καραντίνας.
- Έξοδα που έγιναν εκτός Κύπρου.
- Ποσά τα οποία ο ασφαλισμένος δικαιούται να ανακτήσει κάτω απο συντεχνιακά ή άλλα ταμεία υγείας ή άλλα ασφαλιστήρια. Τα πληρωτέα ποσά κάτω απο το παρόν συμβόλαιο θα περιορίζονται στη διαφορά εξόδων που δεν καλύπτονται απο άλλες καλύψεις ή συντεχνιακά ή άλλα ταμεία υγείας, ή θα υπολογίζονται απο τον πίνακα παροχών του παρόντος συμβολαίου, οποιοδήποτε ποσό είναι μικρότερο.
- Έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που οφείλονται σε εργατικό ατύχημα κατά την έννοια της Εργατικής Νομοθεσίας και καλύπτονται απο το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οι πληροφορίες του παρόντος εντύπου είναι συνοπτικές. Οι όροι, εξαιρέσεις, προϋποθέσεις και καλύψεις περιέχονται στο Ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Για αντίγραφο του ασφαλιστηρίου ή για περισσότερες λεπτομέρειες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τα γραφεία μας στο **77774567** ή στην ιστοσελίδα μας **www.anytimeinsurance.com**

Applicable to: Employers of foreign domestic helpers, labourers and other foreign workers from non European countries who need residence and/or work permits in Cyprus.

Covers: The expenses occurred due to medical care in hospital or clinic offer an accident or illness as follows:

- Room and service
- Various hospital expenses
- Maternity benefit
- Optional coverage for outpatient care

EXCLUSIONS:

- Birth afflictions and defects.
- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).
- Curative rest, attention in a sanatorium guardianship care, or a period of quarantine or isolation.
- Aesthetic or plastic surgical operation, unless this becomes necessary due to bodily injury resulting from an Accident that happened during the Period of Insurance.
- Dental examination, dental X-rays, extraction of teeth, dental denervations or fillings unless these resulted from a damage caused by Accident to sound natural teeth, proven beyond any reasonable doubt by X-rays or external examination, or other clinical findings, prostheses or orthodontic, endodontic, periodontic and general dental care.
- Refractive afflictions or eye anomalies and provision or application of visual or hearing devices.
- Preventive medical examinations check ups, normal medical examinations that do not relate to or are not necessary for the diagnosis of an illness of bodily injury after an accident.
- General medical examinations.
- Inoculations and vaccinations.
- Contraceptives and/or application of contraceptive means.
- Expenses for curing rheumatisms, arthritis, lumbago, neck-ache, sciatica, except for the case of entry and stay in hospital as an outpatient for the said afflictions, in which case the hospital expenses are covered.
- Expenses for curing sterility and/or childbearing.
- Physiotherapy, unless required to restore an injury resulting from an accident.
- Pre-existing illnesses or afflictions and any complications or consequences from same.
- Expenses for curing gynaecological problems that occurred either before or after 6 months from the commencement of the Insurance Policy or from Additional Documents of the return or incorporation of the Insured Person into the plan.
- Nervous or mental disorders or epilepsy crises or psychic illnesses or disorders or therapy in psychiatric hospitals or institutions.
- Expenses for cure not given or not recommended by a legally licensed and qualified physician, or which can be made in a physiotherapy clinic or similar institution or during the period of quarantine.
- Expenses incurred abroad.
- Sums of money which the Contracting Party is entitled to recover from a trade union or other health funds or other insurance policies. The sums payable under this contract will be restricted to the balance of the expenses which are not covered under other insurances or trade union or other health funds, or be computed on the basis of the schedule of benefits of the present contract, whichever of these is lower.
- Expenses for hospital treatment resulting from accidents at work under the Labour Legislation and covered by the Social Insurance Fund.

The information contained in this leaflet is only intended to be explanatory. For the policy wording or more details please contact our offices at **77774567** or visit our website **www.anytimeinsurance.com**