

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, αποδείξεις πληρωμής και συνταγές, διαφορετικά η απαίτησή σας ενδέχεται να μην διεκπεραιωθεί.
- Θα πρέπει να αναφέρετε τον αριθμό συμμετοχής σας και τον αριθμό διαβατηρίου/ταυτότητας για να διεκπεραιώσουμε την απαίτησή σας.

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

1. Στοιχεία κυρίως ασφαλισμένου και ασθενή

Όνοματεπώνυμο κυρίως ασφαλισμένου	Αρ. Διαβατηρίου/Ταυτότητας
Αριθμός συμμετοχής από την κάρτα σας	Αριθμός ομαδικού σχεδίου (αν υπάρχει)
Όνοματεπώνυμο ασθενούς	
Ημερομηνία γέννησης κυρίως ασφαλιζόμενου	Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

2. Συμπληρώνεται από τον ασθενή (κυρίως ασφαλιζόμενο, αν ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών)

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

Διεύθυνση

Υπογραφή κυρίως ασφαλιζόμενου

Ημερομηνία

2. Η καταβολή ωφελημάτων θα γίνει σε Ευρώ, εκτός αν υπάρξει διαφορετική γραπτή συμφωνία.

Σε ποιο νόμισμα τιμολογήθηκε η θεραπεία αρχικά

Όνοματεπώνυμο και αρ. τηλεφώνου του ιατρού του ασθενούς

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 Κύπρο

Από

Μέχρι

4. Η απαίτησή σας είναι για επίδομα ασθενείας, παραμονής στο νοσοκομείο ή κλινική για θεραπεία χωρίς χρέωση; Σημειώστε ανάλογα ✓

Ναι

Όχι

Αν ναι, εσκληρίστε πιστοποιητικό του νοσοκομείου, το οποίο να επιβεβαιώνει τις ημερομηνίες παραμονής.

3. Στοιχεία άλλου ασφαλιστικού φορέα

Η θεραπεία σχετίζεται με ατύχημα;	Σημειώστε ανάλογα ✓	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Καλύπτεται η θεραπεία από άλλο συμβόλαιο;	Σημειώστε ανάλογα ✓	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

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)

Σας πληροφορούμε ότι 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 Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που έχετε δώσει όταν εγγραφήκατε στο Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare. Για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, την επεξεργασία και την ασφάλεια των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Απορρήτου που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα της Εταιρείας (www.universallife.com.cy), η οποία δύναται να τροποποιηθεί από καιρό σε καιρό.

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 την υπογραφή του ασθενή και επαρκή στοιχεία που να σχετίζονται με το πρόσωπό του.
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 ασθενής ή που παρασχέθηκε η θεραπεία.
4. Επιβεβαίωσης κατά πόσον η ασθένεια, ατύχημα, περιθάλψη, κλπ, για την οποία γίνεται η απαίτηση του ασθενή, είναι τέτοια ώστε να καλύπτεται όντως από το Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare.

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.

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 απαίτησή 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 γιαυτό. Σε περίπτωση που δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας με το παρόν έγγραφο, δικαιούστε να δώσετε τη συγκατάθεσή 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) (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται). Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι, εξ όσον γνωρίζω αληθή και ακριβή.

Για το σκοπό της αξιολόγησης και διευθέτησης της απαίτησής μου: Παρακαλούμε σημειώστε ✓

Για ενήλικα εξαρτώμενα:

Εξουσιοδοτώ τον κυρίως ασφαλισμένο όπως παραδώσει εκ μέρους μου δικαιολογητικά ή/και άλλα έντυπα για τον σκοπό της υποβολής απαίτησης υπό τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης.

Συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου από την Universal Life Insurance Company Ltd για τον σκοπό της υποβολής και αξιολόγησης της απαίτησης.

Συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των ευαίσθητων (ειδικής κατηγορίας) προσωπικών δεδομένων μου από την Universal Life Insurance Company Ltd για τον σκοπό της υποβολής και αξιολόγησης της απαίτησης.

Συγκατατίθεμαι όπως η Universal Life Insurance Company Ltd αποστέλλει ή/και κοινοποιεί οποιαδήποτε αλληλογραφία στον κυρίως ασφαλισμένο, η οποία δυνατόν να περιέχει οποιαδήποτε προσωπικά δεδομένα ή/και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που αφορούν το πρόσωπό μου για τον σκοπό της υποβολής και αξιολόγησης της απαίτησης.

Για ανήλικα εξαρτώμενα:

Ασκώντας τη γονική μέριμνα του εξαρτώμενου μέλους που είναι σε ηλικία μικρότερη των 18 ετών, συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων αυτού από την Universal Life Insurance Public Company Ltd, για τον προαναφερόμενο σκοπό.

Ασκώντας τη γονική μέριμνα του εξαρτώμενου μέλους που είναι σε ηλικία μικρότερη των 18 ετών, συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων αυτού από την Universal Life Insurance Public Company Ltd, για τον προαναφερόμενο σκοπό.

Επιπρόσθετα παρακαλούμε σημειώστε ✓

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 Universal Life.

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

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

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας σε επεξεργασία προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια της παρούσας Απαίτησης, παρακαλούμε επικοινωνήστε με το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στο 22-220000. Σημειώνουμε ότι σε αυτή την περίπτωση είμαστε νομικά υποχρεωμένοι να σταματήσουμε οποιαδήποτε επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που λαμβάνει χώρα στην βάση της συγκατάθεσής σας και για τους σκοπούς εξέτασης του παρόντος Εντύπου Απαίτησης, και αυτό δύναται να επηρεάσει την αξιολόγηση της Απαίτησής σας από την Universal Life.

Υπογραφή - Να υπογραφεί από τον ασθενή (γονέα/κηδεμόνα αν κάτω από 18)

Ημερομηνία

5. Απευθείας διακανονισμός από την Universal Life

Η νοσοκομειακή περίθαλψη θα πρέπει να έχει εξουσιοδοτηθεί εκ των προτέρων από την Universal Life (ανατρέξτε στο εγχειρίδιο σας για λεπτομέρειες). Επικοινωνήστε μαζί μας στον αριθμό +357 22 88 22 22 ή με φαξ 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 ασφαλιστηρίου. Οι απαιτήσεις δεν θα διεκπεραιώνονται αν δεν υποβληθούν εντός 90 ημερών από την έναρξη της θεραπείας. Με την έκδοση του εντύπου αυτού δεν συνεπάγεται η ανάληψη οποιωνδήποτε ευθυνών εκ μέρους της Universal Life. Σας συνιστούμε να κρατήσετε φωτοαντίγραφο του συμπληρωμένου εντύπου και 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 αιτείται ωφελήματα (ημέρα, μήνα, έτος)	Ημερομηνίες:	
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:	Ημερομηνίες:	
4. Παρακαλούμε παραθέστε πλήρες ιστορικό της ιατρικής κατάστασης που απαιτεί θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας πλήρεις λεπτομέρειες για τυχόν προηγούμενη διευρέυνση/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

Ασφαλιστής



UNIVERSAL LIFE

Universal Tower
Λεωφόρος Διγενή Ακρίτα 85
Ταχ. Θυρίδα 21270, 1505 Λευκωσία
Τηλ: 22 88 22 22, Φαξ: 22 88 22 00
Ιστοσελίδα: <http://www.universallife.com.cy>

Σε συνεργασία με



Re-Insured by AXA PPP healthcare Limited
Registered Office 20 Gracechurch Street, London, EC3V 0BG,
United Kingdom. Registered in England No. 3148119.