

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
MEDICAL EXPENSES CLAIM APPLICATION



Pantherinae Insurance Brokers

Συμβαλλόμενος Policyholder	Τηλ. Tel.	Αρ. Συμβολαίου Policy Number
Ασφαλισμένος Insured	Τηλ. Tel.	
Όνομα Ασθενή Patient Name	Ημ. Γέννησης Date of Birth	Αρ. Ταυτ./Διαβατ. ID/Passport No

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / CLAIMANT'S DECLARATION

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά και περιγραφή
Date of first appearance of symptoms relating to the illness. Please give details

Έχετε υποφέρει 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, αναφέρετε που και πότε συνέβηκε
In case of bodily injuries resulting from an accident, state where and when the accident occurred

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ / PHYSICIAN'S STATEMENT

Διάγνωση/ Diagnosis:

Αναλύσεις/ Laboratory Tests:	Ακτινογραφίες/ X Rays:	Φάρμακα/ Medication:
------------------------------	------------------------	----------------------

- 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
Ημερομηνία Εξόδου
Exit Date
 - Ιατρικό ιστορικό παρούσης και προηγούμενης ιατρικής κατάστασης
Medical history of current and previous medical condition
 - Παρακαλώ όπως επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και 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 υποφαινόμενος ιατρός εξέτασε τον πιο πάνω ασθενή, διέγνωσε την πιο πάνω κατάσταση και συνέστησε τις πιο πάνω αναλύσεις/ ακτινογραφίες και
reports required for the study of the case.
- Ονοματεπώνυμο & Ειδικότητα ιατρού
Doctor's Name
Επωνυμία Κλινικής - Νοσοκομείου
Hospital - Clinic Name
Υπογραφή ιατρού
Doctor's Signature
- Τηλ.
Tel.
Ημερ. Εξέτασης
Examination Date

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

Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ο γονέας ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι αληθή και ακριβή. Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με αυτή την 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. 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. In order that my claim 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.

ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΑ / WE CARE ABOUT YOUR PERSONAL PROTECTION

Η Πολιτική Απορρήτου της Εταιρείας είναι ένα πολύ σημαντικό έγγραφο που εξηγεί πως προστατεύονται τα προσωπικά σας δεδομένα. Το έγγραφο βρίσκεται στην ιστοσελίδα μας <https://www.pminsurancebrokers.com/> και συνιστάται ιδιαίτερα όπως το διαβάσετε. Σύμφωνα με τον Κανονισμό για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων, χρειαζόμαστε την συγκατάθεσή σας για τις ιατρικές πληροφορίες για να καταστεί δυνατή η διεκπεραίωση της απαίτησής σας για ιατρικά έξοδα.

The Privacy Policy of our Company is a very important document that explains how your personal data is protected. The Privacy Policy document is posted on our website, <https://www.pminsurancebrokers.com.cy> and it is highly recommended to read it. In line with the General Data Protection Regulation, we need your consent so that we can administer the medical information and thus enable us to process the claim for medical expenses.

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of the Policyholder
Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Signature of the Insured
Ημερομηνία / Date

EXCLUSIONS

The information contained in this document is only intended to be explanatory. All the exclusions are included in the Policy Wording.

1. Congenital diseases and disorders
2. Sexually transmitted diseases or any situation arising out of or attributable to the Acquired Immune Deficiency Virus (HIV) or Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and/ or any mutation or alteration of them
3. Rest cures, institutional isolation, quarantine or sanatorium care
4. Cosmetic or Plastic Surgery except when necessitated as a result of Personal Injury by Accident and occurring during the Period of Insurance and which is covered under the Policy
5. Dental Treatment, Dental X-Rays, Tooth Extractions, Root Canal Therapy, Fillings Crowns, Dentures, Inlays, Orthodontic therapy, Periodontal therapy and general dental treatment unless as a result of an Accident covered under the Policy, and which treatment is confirmed beyond doubt as absolutely necessary to maintain normal healthy teeth by x-rays or normal examination, or other clinical findings.
6. Orthoptics or eye disorders, visual therapy and the supply or application of visual or hearing aids
7. Preventive medical examinations, check-ups, normal medical examinations which are not related or are not necessary for diagnostic purposes or Accidental Bodily Injury
8. General medical Examinations
9. Enoftalmisms and Inoculations
10. Contraception and/or application of contraceptive devices
11. Expenses for:
 - 11.1 treatment of rheumatism, arthritis, lumbar aches, neck aches and sciatica unless in the case of an admission and in patient stay in a Hospital, in which case the Hospital charges are covered,
 - 11.2 treatments concerning afflictions of meniscus and ligaments, hernia, fibrous anal rupture and their complications, except if such treatment or surgery is required following an accident covered under the policy
 - 11.3 hemorrhoids, anal fissure, varicose veins as well as the nose diaphragm and their complications
 - 11.4 treatment or surgery of tonsils or adenoid germinations
 - 11.5 treatment or surgery of genital organs, except if such treatment or surgery is required following an accident covered under the Policy.
12. Expenses for the treatment of infertility and/ or artificial insemination (IVF)
13. Physiotherapy, unless necessary for the rehabilitation of an Accidental Bodily injury on condition that this is undertaken/ administered during hospitalization.
14. Pre-existing illness or conditions and any complications or consequences thereof
15. Expenses for the treatment of gynecological problems which occur within six (6) months of the commencement of the Policy or from the date of inclusion of the Insured Person to the Policy.
16. Any illness requiring treatment which originates from causes which pre-existed at the time of contracting the present insurance policy, or occurred within thirty (30) days of the commencement of the Policy
17. Nervous or mental disorders, epilepsy or any other mental/ psychological illness or treatment in Psychiatric hospitals or institutions
18. Intentional negligence of the health of the Insured Person or refusal to seek or follow medical advice or treatment
19. Expenses for treatment, which is not given or is not recommended by a qualified licensed Medical Practitioner or which is administered at a physiotherapeutic clinic or hydrotherapeutic or similar institution or in the course of quarantine
20. Any expenses relating to the treatment of acne of any sort, dry skin or nail diseases as well as any treatment relating to allergies. Any expenses relating to the purchase of products intended for cosmetic reasons, soaps of any sort, hair care products and antiseptic products.
21. Expenses for the removal of moles or skin tumors unless malignancy has been proved following histological examination.
22. Expenses incurred outside of the Republic of Cyprus
23. Amounts which the Policyholder may recover under any Trade Union or other medical funds or insurance policies. The amounts payable under this Policy shall be limited to the difference between the expenses that are not recoverable by any other scheme or Trade Union Funds or other Medical funds, or will be assessed on the basis of the sum insured as stated in the Policy Schedule whichever amount is the lesser.
24. Medical expenses necessitated as a result of accidents or illness at work, as defined by the Employment Legislation, and are payable under the Social Insurance Fund and /or are subject to Employer's Liability Compulsory Insurance Law.
25. War, invasion, acts of a foreign enemy, hostilities (whether war is declared or not), civil war, mutiny, rebellion, military or popular uprising, nuclear, biological and chemical terrorism, revolution, overthrow of the Government by military or usurped power or the participation of the Insured Person in any illegal activity.
26. Ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste or from the combustion of nuclear fuel.
27. The radioactive, toxic explosive or other hazardous properties of any explosive nuclear device or component.
28. Naval, military, air force or police operations.
29. Willfully inflicted self-injury, suicide or attempted suicide, use of narcotic substances (drugs), alcohol abuse, venereal disease, drunkenness or disease attributed to chronic alcoholism.
30. Pregnancy, childbirth, ectopic pregnancy, pregnancy termination or any physical or other complication as a result thereof. It is understood that, notwithstanding this exception, in case of childbirth (natural or necessitating caesarean section), the cover afforded by benefit "Maternity Benefit" as indicated in the Schedule shall be applicable.
31. Injury due to the participation in professional sports or any hazardous sports activity, and any participation in the activities below such as, but not limited to air balloon, gliding, parachuting, bungee jumping or any form of air travel (other than when the Insured Person is a passenger or crew member on any licensed commercial aircraft, with scheduled flights, which belongs to a recognized airline), ice hockey, power boat racing, water skiing, scuba diving, hunting, polo or show jumping, pot holing, rock climbing or mountaineering using ropes or guides, driving or participating in any kind of race or competition, judo or other martial arts activity, winter sports competitions, off piste skiing, ski jumping, heliski, bobsleigh, or luge or involvement of the Insured Person with or participating in speed competitions or any kind of racing. In case of any sport activity which is not included in the above list, the Company will decide if this activity is to be regarded as a hazardous activity and whether it is deemed to be included within the above exclusion.
- 32.The Company will not pay the amount of the "Deductible" as indicated in the Schedule of the Policy.

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Το παρόν έγγραφο είναι μόνο πληροφοριακό. Το σύνολο των εξαιρέσεων περιλαμβάνεται στο Ασφαλιστήριο Έγγραφο.

1. Εκ γενετής παθήσεις και ελαττώματα
2. Σεξουαλικώς μεταδιδόμενες ασθένειες ή οποιαδήποτε κατάσταση που προκύπτει από ή αποδίδε-ται στον Ιό Επικτητής Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (HIV) ή Σύνδρομο Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS) και/ ή οποιαδήποτε μετάλλαξη ή μεταβολή αυτών
3. Θεραπευτική ανάπαυση, απομόνωση, καραντίνα ή φροντίδα σε σανατόριο
4. Αισθητική ή Πλαστική Χειρουργική επέμβαση εκτός εάν αυτή καθίσταται αναγκαία λόγω Σωματι-κής Βλάβης από Ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια της Περιόδου Ασφάλισης και η οποία καλύπτεται από το Ασφαλιστήριο
5. Οδοντιατρική Εξέταση, Ακτινογραφίες Δοντιών, Εξαγωγές Δοντιών, Απονευρώσεις, Σφραγίσματα, Τεχνητά Δόντια, Κορώνες, Ενθέματα και Γέφυρες, Ορθοδοντική Ενδοδοντική, Περιοδοντίτιδα και γενική οδοντιατρική φροντίδα εκτός εάν αυτά είναι αποτέλεσμα βλάβης από Ατύχημα το οποίο καλύπτεται από το Ασφαλιστήριο, και του οποίου η θεραπεία αποδεικνύεται πέραν πάσης αμφιβο-λίας με ακτινογραφίες ή εξωτερική εξέταση ή άλλα κλινικά ευρήματα.
6. Ορθοπτικά ή ανωμαλίες των οφθαλμών, θεραπεία όρασης και παροχή ή εφαρμογή οπτικών ή ακουστικών μέσων
7. Προληπτικές ιατρικές εξετάσεις, εξετάσεις ρουτίνας, συνηθισμένες ιατρικές εξετάσεις που δεν σχετίζονται ή δεν είναι αναγκαίες για τη διάγνωση ασθένειας ή Σωματικής Βλάβης μετά από Ατύχημα.
8. Γενικές Ιατρικές Εξετάσεις
9. Ενοφθαλμισμούς και Εμβολιασμούς
10. Αντισυλληπτικά και/ ή εφαρμογή αντισυλληπτικών μέσων.
11. Έξοδα για:
 - 11.1 θεραπείες ρευματισμών, αρθριτικών, οσφυαλγίων, αυχεναλγίων και ισχιαλγίων εκτός της περίπτωσης εισαγωγής και παραμονής στο Νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενή για τις εν λόγω παθήσεις οπότε τα Νοσοκομειακά έξοδα καλύπτονται.
 - 11.2 νοσηλείες που αφορούν παθήσεις μηνίσκου και συνδέσμων, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, ρήξη ινώδους δακτυλίου και στις επιπλοκές, εκτός εάν τέτοιες νοσηλείες σχετίζονται άμεσα και είναι αποτέλεσμα ατυχήματος που καλύπτεται κάτω από το ασφαλιστήριο.
 - 11.3 αιμορροΐδες, ραγάδες δακτυλίου, κηρούς καθώς και ρινικό διάφραγμα και στις επιπλοκές τους
 - 11.4 θεραπεία ή εγχείρηση των αμυγδαλών ή των αδενοειδών εκβαλίστησεων
 - 11.5 θεραπεία ή εγχείρηση των γεννητικών οργάνων εκτός εάν τέτοιες νοσηλείες σχετίζονται άμεσα και είναι αποτέλεσμα ατυχήματος που καλύπτεται κάτω από το Ασφαλιστήριο
12. Έξοδα Θεραπείας στειρότητας ή/ και τεκνοποίησης (IVF)
13. Φυσιοθεραπεία, εκτός της απαραίτητης για την επανόρθωση βλάβης από Ατύχημα με την προϋπό-θεση ότι αυτή παρέχεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης.
14. Προϋπάρχουσες ασθένειες ή παθήσεις και οποιεσδήποτε επιπλοκές ή συνέπειες που προέρχονται από αυτές
15. Έξοδα θεραπειάς γυναικολογικών προβλημάτων που συμβαίνουν εντός έξι (6) μηνών από την έναρξη του Ασφαλιστηρίου ή την έναρξη του Ασφαλισμένου Προσώπου στο Ασφαλιστήριο.
16. Οποιαδήποτε ασθένεια που απαιτεί θεραπεία και προέρχεται από αιτίες οι οποίες υπήρχαν κατά τη σύναψη της ασφάλισης ή που παρουσιάστηκαν μέσα στις πρώτες τριάντα (30) ημέρες από την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου
17. Νευρικές ή διανοητικές διαταραχές ή κρίσεις επιληψίας ή ψυχικές/ ψυχολογικές ασθένειες ή διαταραχές ή θεραπείες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα.
18. Σκόπιμη παραμέληση της υγείας του Ασφαλισμένου Ατόμου ή άρνηση του να ζητήσει ή να ακολου-θήσει ιατρική συμβουλή ή θεραπεία
19. Έξοδα για θεραπεία που δεν γίνεται ή δεν συστήνεται από νομικά αδειούχο και προσοντούχο γιατρό ή που γίνεται σε φυσιοθεραπευτική κλινική ή υδροθεραπευτήριο ή παρόμοιο ίδρυμα ή κατά τη διάρκεια καραντίνας
20. Οποιαδήποτε ιατρικά έξοδα που αφορούν ακμή οποιασδήποτε μορφής, ξηροδερμία, θεραπεία νυχιών καθώς επίσης οποιαδήποτε μορφή αλλεργίας. Δεν καλύπτονται δερματολογικά προϊόντα για κοσμητικούς σκοπούς, έξοδα για την αγορά καλλυντικών, όλων των ειδών σαπούνια, προϊόντα για την περιποίηση μαλλιών και αντισηπτικά προϊόντα
21. Έξοδα για αφαίρεση σπύλων ή ογκιδίων δέρματος εκτός αν αποδεικνύεται κακοήθεια κατόπιν ιστολογικής εξέτασης
22. Έξοδα που έγιναν εκτός της Κυπριακής Δημοκρατίας
23. Ποσά τα οποία ο ασφαλισμένος δικαιούται να ανακτήσει κάτω από συνεχή και άλλα ταμεία υγείας ή άλλα ασφαλιστήρια. Τα πληρωτέα ποσά κάτω από το παρόν συμβόλαιο θα περιορίζονται στη διαφορά των εξόδων που δεν καλύπτονται από άλλο σχέδιο ή συνεχή και άλλα ταμεία υγείας, ή θα υπολογίζονται από τον πίνακα παροχών του παρόντος συμβολαίου, οποιοδήποτε ποσό είναι μικρότερο.
24. Έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που οφείλονται σε εργατικό ατύχημα ή ασθένεια όπως καθορίζονται στην Εργατική Νομοθεσία και καλύπτονται από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ή από την Υποχρεωτική Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη.
25. Πολέμου, εισβολής, ενέργειας ξένης δύναμης, εχθροπραξιών (με κρυγμένο πόλεμο ή μη), εμφυ-λίου πολέμου, στάσης, επανάστασης, πυρηνικής ή βιολογικής ή χημικής τρομοκρατικής ενέργειας, εξέγερσης ή ανατροπής της κυβέρνησης με τη βία ή στρατιωτική ενέργεια ή σφετερισμό εξουσίας ή συμμετοχή του Ασφαλισμένου Ατόμου σε οποιεσδήποτε παράνομες ενέργειες.
26. Ιονίζουσας ακτινοβολίας ή μόλυνσης από ραδιενέργεια από οποιοδήποτε πυρηνικό καύσιμο ή από οποιαδήποτε πυρηνικά απόβλητα ή από την καύση πυρηνικής ύλης.
27. Ραδιενέργου, τοξικής, εκρηκτικής ή άλλων επικίνδυνων ιδιοτήτων οποιουδήποτε εκρηκτικού πυρηνικού μηχανισμού ή μέρους αυτού.
28. Ναυτικών ή στρατιωτικών ή αεροπορικών ή αστυνομικών επιχειρήσεων.
29. Σκόπιμου αυτοτραυματισμού, αυτοκτονίας, απόπειρας αυτοκτονίας, χρήσης ναρκωτικών ουσιών, κατάχρησης ποτού, αφροδίσιων νοσημάτων, μέθης ή ασθενειών που αποδίδονται σε χρόνιο αλκοολισμό.
30. Εγκυμοσύνης, τοκετού, εξωμήτριας κύησης, διακοπής εγκυμοσύνης ή οποιασδήποτε φυσικής ή άλλης περιπλοκής που προέρχεται από αυτή. Νοείται ότι, ανεξάρτητα από τις πρόνοιες της εξάφιρε-σης αυτής, σε περίπτωση τοκετού (φυσιολογικού ή με καισαρική τομή), ενεργοποιείται το «Οφέλημα Τοκετού» όπως αναφέρεται στον Πίνακα.
31. Τραυματισμού από συμμετοχή σε επαγγελματικό αθλητισμό ή οποιοδήποτε επικίνδυνο άθλημα όπως, και χωρίς τα πιο κάτω να είναι περιοριστικά, αερόστατο, ανεμόπτερο, αλεξίπτωτο ή bungee ή οποιαδήποτε μορφή αεροπορικής πτήσης, (εκτός όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είναι επιβάτης ή μέλος πληρώματος σε πλήρως αδειούχο κανονικού τύπου επιβατικού αεροσκάφους, το οποίο ανήκει σε αναγνωρισμένη αεροπορική εταιρεία και εκτελεί καθορισμένο δρομολόγιο), χόκεϊ στον πάγο, αγώνα ταχύτητας σκαφών, άλματα θαλάσσιου σκι ή υποβρύχια κολύμβηση, όπου χρησιμο-ποιούνται κανονικά σχοινιά ή οδηγοί, οδήγηση ή συμμετοχή σε οποιουδήποτε είδους αγώνα ταχύτητας (Ράλλυ) ή διαγωνισμό, τζούντο ή άλλου είδους πολεμική τέχνη, συναγωνιστικά χειμερι-νά αθλήματα, χιονοδρομίες εκτός πίστας, άλματα χιονοδρομικών, heli-ski, ελκυστροδομίες (bobsleigh ή lugeing), σχολία του Ασφαλισμένου Προσώπου με, ή συμμετοχή του σε, αγώνες ταχύτητας ή οποιοδήποτε είδος αγώνα. Εάν κάποιο άθλημα δεν περιλαμβάνεται στον πιο πάνω κατάλογο, η Εταιρεία θα αποφασίσει εάν αυτό θεωρείται επικίνδυνο και αν εμπίπτει στην πιο πάνω εξαίρεση.
32. Η Εταιρεία δεν θα πληρώσει οποιοδήποτε ποσό το οποίο αντιπροσωπεύει το «Αφαιρετό Ποσό» όπως αναφέρεται στον Πίνακα του Ασφαλιστηρίου.