

Μέρος Β -Συμπληρώνεται από τον Ιατρό ή το Κλινικό Εργαστήριο/To be completed by the Doctor or Clinical Laboratory	
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / DIAGNOSTIC EXAMINATIONS	
1. Ιατρική Επίσκεψη & ΗΚΓ / Consultation & ECG	2.ΕΤΗΣΙΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ/ ANNUAL BLOOD TEST
Βάρος : Ύψος: Weight Height	1. Full Blood count 2. Glucose 3. Cholesterol (total) 4. Triglycerides 5. Uric Acid 6. Creatinine 7. Bilirubin 8. SGPT 9. ESR 10. Urine Analysis 11. HDL 12. LDL 13. Iron
Αρτηριακή Πίεση: /..... Blood Pressure	
Γενικά Σχόλια – Παρατηρήσεις / General Comments – Observations:	
Ημερομηνία/ Date :	
Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού ή Κλινικού Εργαστηρίου/ Doctor's or Clinical Laboratory Signature and Stamp	
.....	

Διαδικασία υποβολής απαίτησης για Ετήσιο Check-up

- Το παρόν παραπεμπτικό θα πρέπει απαραίτητα να προσκομίζεται από το ασφαλισμένο άτομο κατά την επίσκεψή του σε Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο που ανήκει στο “**Δίκτυο Συμβαλλομένων Ιατρών και Κλινικών Εργαστηρίων**” της MetLife.
- Το Μέρος Α του παρόντος εντύπου θα συμπληρώνεται από τον Ασφαλιζόμενο και το Μέρος Β από τον Ιατρό ή το Κλινικό Εργαστήριο.
- Το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποστέλλεται εντός 60 ημερών **από τον Συμβαλλόμενο Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο** μαζί με το πρωτότυπο τιμολόγιο στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας μας – Τμήμα Αποζημιώσεων.
- Η πληρωμή του τιμολογίου θα γίνεται απευθείας στον Ιατρό ή Κλινικό Εργαστήριο.

Annual Check-up claim submission process

- This referral is required to be presented by the Insured during his/her consultation to one of the Doctors or Clinical Laboratories that are cooperating with MetLife.
- Part A of the existing form will be completed by the Insured and Part B by the Doctor or Clinical Laboratory.
- This form will have to be sent by the **Doctor or Clinical Laboratory** along with the original invoice to the Company's Head Office – Claims Department within 60 days.
- Payment of the invoice will be made **directly** to the Doctor or Clinical Laboratory.

Personal data processing

Note: If this consent relates to a minor, this form must be completed by the parent or other person with parental responsibility over the child. References to "your health data", "my health data" or similar references must be read as references to the minor's health data.

We, MetLife Europe d.a.c. (Cyprus Branch) of 38 Kennedy Avenue, 1087 Nicosia, use your personal data as further explained below and will be the controller of the personal data you provide to us or that we collect about you.

We request your consent to process your personal data for the purposes detailed below:

1. In order to enable us to process your claim, we will need to process the health data that you have provided or may be asked to provide in the future, including health data that you have provided in the past in respect of this policy or other policies where these are relevant. This may include the need for us to share your health data with doctors or other specialist consultants or legal or other advisors to assist us in or for the purpose of processing your claim.

If you don't provide your consent, we will be unable to process your claim and it will be rejected.

If you agree to this, please tick the box below.

☐ Yes, I agree to MetLife Europe d.a.c. (Cyprus Branch) processing my health data for the reasons referred to above.

You have the right to withdraw this consent at any time by sending us a letter at 38 Kennedy Avenue, 1087 Nicosia or emailing us at ccd@metlife.com. However, if you do so we will no longer be able to process your claim and it will be rejected. This won't affect any previous processing of your data up to that point.

Name of insured

.....

Signature of insured / parent in case the insured is a minor

Date

Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Όνομα ασφαλισμένου

.....

Υπογραφή ασφαλισμένου/ γονέα σε περίπτωση ανηλίκου ασφαλισμένου

Ημερομηνία