

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ / NOTIFICATION OF INPATIENT CLAIM

HMEP / DATE: / /

ΠΡΟΣ / TO: **ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ / CLAIMS DEPARTMENT METLIFE EUROPE D.A.C**
ΑΡ. ΤΗΛ / TEL. NO: +357 22845845

ΑΠΟ / FROM:
 ΑΡ. ΤΗΛ / TEL NUMBER:

ΜΕΡΟΣ Α' - Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο / To be completed by the Insured

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: MAIN INSURED NAME:	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / IDENTITY CARD NO: HMEP. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ / D.O.B...../...../.....
2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ: PATIENT NAME:	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / IDENTITY CARD NO: HMEP. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ / D.O.B...../...../.....
3. ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ / NAME OF COMPANY: (Εάν είναι Ομαδικό Συμβόλαιο / If Group Policy)	ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ / POLICY NO:
4. ΛΕΠΤΟΜΕΡΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ / DESCRIPTION OF ACCIDENT/ILLNESS:	
ΤΟΠΟΣ / PLACE:	ΩΡΑ / TIME: π.μ./μ.μ. / a.m/p.m
5. ΠΟΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ / DATE OF FIRST SYMPTOMS APPEAR:	
6. ΥΠΗΡΞΑΝ ΣΗΜΑΔΙΑ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΠΟΥ ΜΑΡΤΥΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ; / ARE THERE ANY SIGNS ON THE BODY THAT TESTIFY THE EXISTENCE OF THE DESCRIBED ACCIDENT/ILLNESS? ☐ ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ / IF YES, DESCRIBE	
Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.	I hereby declare that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowledge.
Δηλώνω ότι, εξουσιοδοτώ την METLIFE EUROPE d.a.c. να εξοφλεί απευθείας το κόστος που αφορά την σχετική αποζημίωση με βάση τους όρους και κανονισμούς του συμβολαίου.	I hereby state that, I authorize METLIFE EUROPE d.a.c. to settle directly the cost related to the associated claim based on the policy's terms and conditions.

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of Insured

ΜΕΡΟΣ Β' - Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the Doctor

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ: PATIENT NAME:	
2. ΤΥΠΟΣ ΠΑΘΗΣΗΣ / TYPE OF CONDITION:	ΑΤΥΧΗΜΑ/ACCIDENT ☐ ΑΣΘΕΝΕΙΑ/ILLNESS ☐
3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ NATURE OF CONDITION:	
4. ΠΟΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: DATE OF FIRST SYMPTOMS APPEAR:	
5. ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΟ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: DESCRIBE THE SYMPTOMS BEFORE ADMISSION:	
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ADMISSION DIAGNOSIS:	
7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ: PLANNED PROCEDURE WITH MEDICAL JUSTIFICATION:	
8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: DATE OF ADMISSION:	
9. ΗΜΕΡ. ΠΡΩΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΕΣΑΣ: DATE OF FIRST EXAMINATION OF PATIENT BY YOU:	
10. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΕ ΑΛΛΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ; / DID THE PATIENT VISIT OTHER DOCTORS FOR THAT PROBLEM? ☐ ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΔΩΣΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / IF YES, SPECIFY	
11. ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ / ESTIMATED LENGTH OF STAY:	
12. ΦΥΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ: (Λεπτομερής περιγραφή) NATURE OF SURGICAL PROCEDURE (Full Description)	

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού/Doctor's signature and stamp

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.

2. Sometimes, we may need to check the health data that we have about you with your doctor or other health care professionals or obtain additional health data from them in order to properly process your claim. When this is strictly necessary, we will contact your doctor or other health care providers and ask them to provide us with health data that they have about you.

In case you do not provide your consent, we may be unable to process your claim if we consider that it is important for us to check your health data with other sources or obtain additional information from them. In such case, your claim will be rejected.

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

☐ Yes, I agree to MetLife Europe d.a.c. (Cyprus Branch) contacting my doctor or other health care providers and asking them to provide it with health data that they have about me for the reasons referred

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, in case you withdraw your consent while your claim is still pending, it will be rejected if we consider that it is important for us to check your health data with other sources or obtain additional information from them. This won't affect any previous processing of your data up to that point.

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 ανήλικου.

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 ζητηθείτε 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.

2. Μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουμε τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς μαζί με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας ή να λάβουμε πρόσθετα δεδομένα υγείας από αυτούς προκειμένου να εξετάσουμε κατάλληλα την απαίτησή σας. Όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο, θα επικοινωνήσουμε με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και θα τους ζητήσουμε να μας παράσχουν δεδομένα υγείας που έχουν για εσάς.

Σε περίπτωση που δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Στην περίπτωση αυτή, η απαίτησή σας θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επικοινωνεί με τον γιατρό μου ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και να τους ζητά να παρέχουν σε αυτή δεδομένα υγείας που έχουν για μένα για τους πιο πάνω σκοπούς.

3. If your claim is approved and it relates to a health benefit in kind, we may use the services of third parties in providing you such a benefit. In such cases, we will need to share with them the health data that we have about you.

If you don't provide your consent, we will be unable to provide you the benefit in kind if we rely on third parties to do this.

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

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 not be able to provide you the relevant benefit in kind. This won't affect any previous processing of your data up to that point.

More information

Our privacy policy, which sets out in greater detail how we use your personal data, and your rights in relation to such usage is enclosed and is also available at www.metlife.com.cy.

Please confirm that you have read the privacy policy by ticking the box below.

☐ Yes, I confirm that I have read the privacy policy

Signature of insured / adult dependant / parent for minor dependant

.....

Date

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 ενόσω εκκρεμεί η απαίτησή σας, θα την απορρίψουμε αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

3. Εάν η απαίτησή σας εγκριθεί και αφορά ωφέλημα υγείας σε είδος, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις υπηρεσίες τρίτων προσώπων για την παροχή του ωφελήματος αυτού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να μοιραστούμε μαζί τους τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς.

Αν δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορούσαμε να σας παρέχουμε το ωφέλημα σε είδος αν στηρίζομαστε σε τρίτους για κάτι τέτοιο.

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 μπορούσαμε να σας παρέχουμε το σχετικό ωφέλημα σε είδος. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτωμένου/ γονέα σε περίπτωση ανήλικου εξαρτωμένου

.....

Ημερομηνία