



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 οποιοσδήποτε 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 Ατυχημάτων και Υγείας.

1. Subscriber's and patient's details

Όνοματεπώνυμο κυρίως ασφαλιζόμενου	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 ασφαλιζομένου	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 δική σας ζώνη κάλυψης	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, εσωκλείστε 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.

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 επαρκή στοιχεία που να σχετίζονται με το πρόσωπο του ασθενή και υπογραφεί από τον ασθενή.
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. Επιβεβαίωση 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.

Μπορείτε:

1. Να αρνηθείτε να δώσετε τη συγκατάθεση σας για την αποστολή του εν λόγω πιστοποιητικού. Σε αυτή την περίπτωση, σημειώστε ✓ στο κουτάκι . Σας ενημερώνουμε όμως ότι σε αυτή την περίπτωση, παρά τις εύλογες προσπάθειες που θα καταβάλουμε, δυνατόν να μην είμαστε σε θέση να διεκπεραιώσουμε την απαίτησή σας χωρίς το πιστοποιητικό αυτό.
2. Να ζητήσετε να διαβάσετε το πιστοποιητικό προτού αυτό μας αποσταλεί από τον ιατρό σας. Σε αυτή την περίπτωση, σημειώστε ✓ στο κουτάκι και θα ειδοποιήσουμε τον ιατρό σας.
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 για αυτό. 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 διεκπεραίωσης της απαίτησής μου, δια του παρόντος 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 εταιρεία Universal Life δυνάμει σχετικής μου συγκατάθεσης.

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

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

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

Στείλετε αυτό το έντυπο απαίτησης μαζί με τα συνοδευτικά έγγραφα, στην διεύθυνση:

Τμήμα Ατυχημάτων και Υγείας, Universal Life, Τ.Θ. 21270, 1505 Λευκωσία, Κύπρος

5. Απευθείας διακανονισμός από την Universal Life

Η νοσοκομειακή περίθαλψη θα πρέπει να έχει εξουσιοδοτηθεί εκ των προτέρων από την Universal Life (ανατρέξτε στο εγχειρίδιό 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. Η έκδοση του εντύπου αυτού δεν συνεπάγει την ανάληψη οποιωνδήποτε ευθυνών εκ μέρους της Universal Life ή/και της AXA Global Healthcare (UK) Limited εκ μέρους της AXA PPP healthcare. Σας συνιστούμε να κρατήσετε φωτοαντίγραφο του συμπληρωμένου εντύπου και των 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 οποιεσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις που έχετε κάνει και πιθανόν να απαιτήσουμε τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών. Θα σας ενημερώσουμε αν τα χρειαστούμε).

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 οποιεσδήποτε 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 παρασχεθήκαν 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>

Αντασφαλιστής



AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road,
Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL.
AXA PPP healthcare Limited. Registered Office: 5 Old Broad
Street, London EC2N 1AD, United Kingdom.
Registered in England No. 3148119. Authorised by the Prudential
Regulation Authority and regulated by the Financial Conduct
Authority and the Prudential Regulation Authority.
© AXA PPP healthcare 2017.