

GROUP BUSINESS

INSTRUCTIONS FOR SUBMITTING A CLAIM FORM

A. OUT OF HOSPITAL TREATMENT

The first part of the form should be completed by the Insured and the second part of the form should be completed by the attending physician and be accompanied always by the relevant original medical receipts.

In the case that the physician prescribes medicines, laboratory tests, X-rays etc, these should be marked by the attending physician in the relevant space shown on the form. For each service the Insured pays for (physician, pharmacy, radiologist etc) an original receipt of settlement should be enclosed.

B. HOSPITAL TREATMENT AT NON-PANEL CLINICS

The first part of the form should be completed by the Insured and the second part of the form should be completed signed and stamped by the attending physician and the clinic where he/she was hospitalised and be accompanied always by original receipts of settlement.

C. HOSPITAL TREATMENT AT PANEL CLINICS

In this case, the Insured does not need to complete any form apart from presenting his/her Health Card at the clinic he/she will be admitted before receiving treatment so that the clinic will be able to notify the Company. The Company will pay clinic charges, doctors fees and other expenses, according to the terms of the Insurance provided that cover of the incident under policy the Health Card is confirmed.

NOTES:

1. The claim form should be received by the Company's Head Office, the latest within 30 days from the date of visit to the physician. Submission of claims after the lapse of 30 days will be considered overdue. Should the Company request any results and/or information regarding a claim that has been submitted, these must be provided within 30 days from the date of request.
2. In case of repeated prescriptions, the Insured must ask the attending physician to complete relevant form. Hence, the Insured will not have to visit the physician each time he/she requires medication. Repeated medications purchased for chronic illnesses must be for a maximum duration of 30 days each time.
3. In case of children under the age of 12, part B' which refers to children must be completed by the attending physician.
4. The claim form must be accompanied by all relevant original receipts.
5. In the event that the prescribed treatment authorised by the attending physician is not followed, then the Company has the right to decline the claim or request additional information as it deems necessary.
6. This form applies for repeated prescriptions during the Insured's treatment, with a maximum duration of six (6) months.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΝΤΥΠΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

A. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Το Α' μέρος του εντύπου συμπληρώνεται από τον κυρίως Ασφαλιζόμενο και το Β' μέρος του συμπληρώνεται από το θεράποντα ιατρό και συνοδεύεται πάντοτε με τις αντίστοιχες πρωτότυπες αποδείξεις.

Στην περίπτωση που ο ιατρός δίνει συνταγή για φάρμακα, αναλύσεις, ακτινογραφίες κλπ, αυτά πρέπει να αναγράφονται από το θεράποντα ιατρό στον ανάλογο χώρο του εντύπου. Για κάθε υπηρεσία που πληρώνει ο Ασφαλιζόμενος (ιατρός, φαρμακείο, ακτινολόγο κλπ) πρέπει πάντοτε να προσκομίζεται πρωτότυπη εξοφλητική απόδειξη.

B. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΑ

Το Α' μέρος του εντύπου συμπληρώνεται από τον κυρίως Ασφαλιζόμενο και το Β' μέρος του συμπληρώνεται, υπογράφεται και σφραγίζεται από τον θεράποντα ιατρό και την κλινική όπου έγινε η νοσηλεία, συνοδευόμενο πάντοτε με τις αντίστοιχες πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις.

Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΑ

Στην περίπτωση αυτή, ο Ασφαλιζόμενος δεν χρειάζεται να συμπληρώσει οποιοδήποτε έντυπο παρά μόνο να παρουσιάσει την Κάρτα Νοσηλείας του στο Συμβεβλημένο Κέντρο πριν από τη νοσηλεία και η κλινική θα ειδοποιήσει την Εταιρεία. Εφόσον επιβεβαιωθεί η κάλυψη του περιστατικού κάτω από την Κάρτα Νοσηλείας, η Εταιρεία που θα καταβάλει απευθείας προς το Συμβεβλημένο Κέντρο τα νοσήλια, αμοιβές ιατρών και λοιπά έξοδα, με βάση τους όρους του Ασφαλιστηρίου.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Το έντυπο αποζημίωσης θα πρέπει να παραλαμβάνεται από τα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας το αργότερο εντός 30 ημερών από την ημερομηνία της επίσκεψης στον ιατρό. Πέραν των 30 ημερών οι απαιτήσεις θα θεωρούνται εκπρόθεσμες. Σε περίπτωση που ζητηθούν οποιαδήποτε αποτελέσματα ή/και πληροφορίες από την Εταιρεία σχετικά με απαίτηση που ήδη έχει υποβληθεί, πρέπει αυτά να προσκομίζονται εντός 30 ημερών από την ημερομηνία ζήτησης τους.
2. Σε περίπτωση επαναλαμβανόμενων φαρμάκων, ο Ασφαλιζόμενος χρειάζεται να ζητήσει από το θεράποντα ιατρό να συμπληρώσει το έντυπο που αφορά τη συνταγογράφηση για τα επαναλαμβανόμενα φάρμακα. Το έντυπο αυτό ισχύει για τη λήψη επαναλαμβανόμενων φαρμάκων, για το διάστημα που συνεχίζεται η θεραπευτική αγωγή, με μέγιστη διάρκεια έξι (6) μήνες. Έτσι, ο Ασφαλιζόμενος δεν θα χρειάζεται να επισκέπτεται το θεράποντα ιατρό για επαναλαμβανόμενα φάρμακα. Η αγορά φαρμάκων του Ασφαλιζόμενου για χρόνιες παθήσεις, να ισχύει για 30 μέρες και όχι για μεγαλύτερη διάρκεια. Μόλις εξαντηθούν τα φάρμακα θα μπορεί ο Ασφαλιζόμενος να αγοράσει τα επόμενα επαναλαμβανόμενα φάρμακα του.
3. Σε περιπτώσεις παιδιών μέχρι 12 χρονών θα πρέπει να συμπληρώνεται από το θεράποντα ιατρό η ειδική παράγραφος στο Β' μέρος.
4. Με το έντυπο αποζημίωσης πρέπει να προσκομίζονται οι απαραίτητες πρωτότυπες αποδείξεις
5. Στην περίπτωση που δεν ακολουθείται η θεραπευτική αγωγή που ο θεράπων ιατρός εισηγείται, τότε η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να απορρίψει ή να ζητήσει πρόσθετες πληροφορίες όπως η ίδια κρίνει αναγκαία.