



HEAD OFFICE:  
15, Esperidon Str.,  
2001 Strovolos  
P.O.Box 24579  
1301 NICOSIA  
Tel.: 22886000  
Fax.: 22886111

LIMASSOL OFFICE:  
18, Vasili Vrionide Str.,  
3095 LIMASSOL  
P.O.Box 57136  
3313 LIMASSOL  
Tel.: 22886250  
Fax.: 25370555

LARNACA OFFICE:  
3, Leonida Kiouppi Str.,  
6030 LARNACA  
P.O.Box 40588  
6305 LARNACA  
Tel.: 22886240  
Fax.: 24620218

PAPHOS OFFICE:  
44, Georgiou Griva Digeni Ave.,  
8047 PAPHOS  
P.O.Box 61093  
8130 PAPHOS  
Tel.: 22886260  
Fax.: 26947705

E-mail: medical@atlantic.com.cy

POLICY NO .....  
ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ  
INSURED CODE .....  
ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(For office use only)  
CLAIM NO .....  
ΑΡ. ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

## OUTPATIENT TREATMENT CLAIM FORM ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

### PART A / ΜΕΡΟΣ Α

TO BE COMPLETED BY THE INSURED / ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

COMPANY NAME: .....  
ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:

NAME OF POLICYHOLDER: .....  
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

NAME OF PATIENT: .....  
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: CODE: .....  
ΚΩΔΙΚΟΣ:

DATE OF BIRTH: .....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ADDRESS: .....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: TELEPHONE No. ....  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

If the ailment is due to an injury from accident, state where and how it happened.  
Αν η πάθηση οφείλεται σε σωματική βλάβη απο ατύχημα αναφέρετε που και πως συνέβηκε.

Date symptoms of illness first appeared: .....  
Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά:

Are you entitled to any refund from another Fund or Organisation? If yes, what amount?  
Δικαιούστε επιστροφή οποιουδήποτε ποσού για τα συγκεκριμένα έξοδα απο οποιοδήποτε άλλο Ταμείο ή Οργανισμό;  
Αν ναι, για ποιό ποσό;

I hereby certify that to my best knowledge the above answers are true and correct and I authorize all doctors or other persons who treated me and all hospitals or other institutions to furnish full information regarding this claim to ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC LTD.

Με το παρόν δηλώνω ότι απ'όσα γνωρίζω οι πιο πάνω απαντήσεις είναι σωστές και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα Νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση προς την ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC LTD.

Signature of Patient  
Υπογραφή Ασθενούς

Date ..... / ..... / .....  
Ημερομηνία



**PART B / ΜΕΡΟΣ Β**

**TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ**

**NAME OF POLICYHOLDER** .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

**NAME OF PATIENT** .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

**The above patient consulted me on** ..... / ..... / ..... **and found him/her suffering from** .....

Ο πιο πάνω ασθενής έχει επισκεφθεί το ιατρείο μου στις ..... / ..... / ..... και βρήκα αυτόν/ήν ότι πάσχει από

**DIAGNOSIS** .....

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**PATIENT'S PAST MEDICAL HISTORY:**

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

**Has the client ever suffered from the same or similar symptoms, or is suffering from any disease/illness/condition or is taking any medication/s (or he/she missed a dose) that would cause such symptoms?**

Έχει ο πελάτης ποτέ υποφέρει με ίδια ή παρόμοια συμπτώματα, ή πάσχει από οποιανδήποτε πάθηση/ασθένεια/κατάσταση ή παίρνει οποιανδήποτε φαρμακευτική αγωγή (ή έχει παραλήψει κάποια δόση) η οποία θα προκαλούσε τέτοια συμπτώματα;

**I have advised the following treatment**

Έχω συμβουλευσει την ακόλουθη θεραπεία

**PRESCRIPTION FOR MEDICINES - TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN**

ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ - ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 5. .... |
| 2. .... | 6. .... |
| 3. .... | 7. .... |
| 4. .... | 8. .... |

**LABORATORY TESTS - TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN**

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ

- |         |         |         |          |
|---------|---------|---------|----------|
| 1. .... | 4. .... | 7. .... | 10. .... |
| 2. .... | 5. .... | 8. .... | 11. .... |
| 3. .... | 6. .... | 9. .... | 12. .... |

**X-RAYS / MRI / SCANS / OTHER EXAMINATIONS - TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN**

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ / MRI / SCANS / ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 3. .... |
| 2. .... | 4. .... |

**REFERRAL TO OTHER SPECIALIST** .....

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΑΛΛΟ ΕΙΔΙΚΟ

**REASON** .....

ΛΟΓΟΣ

**Physician's Name** .....

Όνομα Γιατρού

**Physician's Speciality** .....

Ειδικότητα Γιατρού

**Physician's Telephone** .....

Τηλέφωνο Γιατρού

**Physician's Signature & stamp** .....

Υπογραφή Γιατρού και σφραγίδα

**Date** ..... / ..... / .....

Ημερομηνία

**NOTE : THIS FORM MUST BE ACCOMPANIED BY ALL RELEVANT ORIGINAL RECEIPTS, INVOICES, REPORTS  
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΙΜΟΓΟΓΙΑ, ΕΚΘΕΣΕΙΣ**