

ENTYΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ CLAIM FORM FOR MEDICAL CARE

Αριθμός Απαίτησης / Claim Number:

Ypera Insurance Co. Ltd

Κεντρικά Γραφεία: Ypera House Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα

T.Θ. 40378, 6303 Λάρνακα, Κύπρος

** +357 24 200800 24828024 info@ypera.com.cy www.ypera.com.cy

02/24

ΜΕΡΟΣ Ι: Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη του Συμβολαίου και τον Ασθενή SECTION I: To be completed by the Policyholder and by the Patient

Υποβολή Απαίτησης / Submission of Claim							
Εγώ ο/η							
Συμβαλλόμενος με Συμβόλαιο /Policyholder, με αριθμό / of po	olicy number						
Υποβάλλω απαίτηση αναφορικά με την ασθένεια / τραυματιση Submit my claim regarding the illness/injury that is described							
Τηλεμοιότυπο Ιδιοκτήτη / Fax of Policyholder:	E-mail Ιδιοκτήτη/Policyholder:						
English On J. Derburg, Davids							
Στοιχεία Ασθενή / Patient's Details Ονοματεπώνυμο / Full Name:							
Διεύθυνση / Address:							
Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth:	Αρ. Ταυτότητας / Id Card No.:						
Τηλέφωνα / Contact details:							
Λεπτομέρειες για την Ασθένεια/Τραυματισμό / Ι							
Ασθένεια / Τραυματισμός (Περιγράψετε):							
Περιγράψετε τα συμπτώματα: Describe the symptoms:							
Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα;	Πότε συνέβηκε το Ατύχημα (αν ισχύει)/						
when did the first symptoms appear? when did the accident occur (if applicable) NAI / YES OXI / NO							
Είχε ποτέ ληφθεί περίθαλψη στο παρελθόν για την ίδια ασθένεια / ατύχ Did you ever receive any medical treatment in the past for the same ill							
Όνομα και Διεύθυνση Θεράποντος Ιατρού: Full Name & Address of attending doctor:							
Όνομα και Διεύθυνση Κλινικής / Νοσοκομείου: Full Name & Address of Clinic / Hospital:							
Tak name a radiess of came / Hospital							
Ημερ. Εισαγωγής: Ημερ. Εξόδου/ Admission date:// Discharge date:	Ημερ. Χειρουργικής Επέμβασης (αν ισχύει): Date of surgical operation (if applicable)://						
Ιστορικό Ατυχήματος / Accident History							
Τοποθεσία Ατυχήματος/ Accident Location:							
Λεπτομερής Περιγραφή Ατυχήματος/							
betaled description of accident.							
Είδος Ατυχήματος/ Type of Accident: Εργατικό/Labour Τροχαίο/Traffic Αλλο/	Other						
Στοιχεία Ασφαλισμένου/Insured Details							
Ασφαλιστική Εταιρεία Οχήματος/ Vehicle Insurance Company:	Αρ. Εγγραφής Οχήματος/ Vehicle Registration No:						
Στοιχεία Τρίτου σε περίπτωαη τροχαίου ατυχήματος/Third Party detail	ls in the event of traffic accident						
Ονοματεπώνυμο / Full Name:							
Ασφαλιστική / Insurance Company:	🚣 ρ. Εγγραφής Οχήματος / Vehicle Registration No.:						

Επιθυμείτε την εξέταση της Απαίτησης σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης;/ NAI / YES OXI / NO Do you wish your claim to be investigated prior receiving the in-hospital treatment?
•Η εξέταση της Απαίτησης σας μπορεί να γίνει μόνο για προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη και θα βασίζεται στα δεδομένα που μας δίνονται/ The investigation of your claim may be done only for a scheduled in-hospital treatment based on the information provided to us.
• Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε το αίτημα σας θα πρέπει να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες μέρες πριν την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη/ Το enable us investigate your request you have to submit the claim form with all necessary supporting documents, at least five (5) working days prior to the scheduled in-hospital treatment.
• Η απόφαση μας θα βασίζεται αποκλειστικά στους όρους της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης και δεν θα αποτελεί, με οποιοδήποτε τρόπο, ένδειξη ή συμβουλή για την αναγκαιότητα της προτεινόμενης περίθαλψης/ Our decision will be based solely on the terms and conditions of your insurance policy and will not in any way be considered as an indication or advice for the necessity of the recommended treatment.
Διακανονισμός Πληρωμής / Settlement of Claim Payment
Παρακαλώ επιλέξτε / Please Select:
Πληρωμή στον Ιδιοκτήτη, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψη και την έχουμε εγκρίνει, οι αποδείξεις θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης/ Payment to the policyholder on the basis of the original receipts which are attached. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the receipts have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.
Επιταγή στο όνομα της Κλινικής / Νοσοκομείου όπου έγινε / θα γίνει η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ή / και του Ιατρού, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια που επισυνάπτονται. Στη περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, τα τιμολόγια θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης / Cheque payable to the doctor of the clinic/hospital where the treatment has taken or will take place. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the invoices have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.
Σημειώνεται ότι για περιστατικά Εξωτερικού Ασθενή θα πρέπει να επισυνάπτονται οι πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής/ Please note that for outpatient cases all of the original receipts have to be attached.
Άλλη Ασφαλιστική Κάλυψη / Other Insurance Coverages
Αν η Περίθαλψη δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης από τρίτο πρόσωπο, ή καλύπτεται από άλλη πηγή (Ιδιωτική ή Κοινωνική Ασφάλιση, Ταμεία Υγείας κλπ) παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If the treatment creates an obligation for compensation from a third party or is covered by any other source (private or social insurance, health funds etc.) please give details:
Social insurance, neather unus etc.) prease give details.
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό προσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karvatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία.
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Υρετα Insurance Co. Ltd και τη Καιγατίs Administrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη Ημερομηνία Τόπος Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της απαίτησης σας, παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Καιγατίs Administrators
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Υρετα Insurance Co, Ltd και τη Καγγατίs Αdministrators, να αποταθούν για πληροφοριές σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή
Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Υpera Insurance Co. Ltd και τη Καιγατίs Αdministrators, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη Ημερομηνία Τόπος Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της απαίτησης σας, παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Karyatis Administrators στο τηλέφωνο 24 200 860. Hereby confirm that all the information given to this claim, is true and complete and I hereby authorized Ypera Insurance Co. Ltd and Karyatis Administrators, to request from any physical or legal entity information pertaining to my physical and mental health. Also, I hereby authorize the release of such information.

Στοιχεία Ασθενή / Ρο	atient's Details
Ονοματεπώνυμο Ασθενή / Full Name of patient:	Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth:
Ασθένεια/ Τραυματισμό	ος / Illness / Injury
Αρχική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/ Initial Diagnosis (date and detailed description):	Τελική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/ Final Diagnosis (date and detailed description):
Περίθαλψη / Τ	reatment
Επείγον περιστατικό / Urgent Incident Εξωτερικά Ιατρεία / (
	Aλλο / Other
Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση / Scheduled surgical operation Ημερομηνία Επέμβασης/ Date of operation/	AAAO / Otilei
Όνομα & Διεύθυνση Νοσοκομείου / Κλινικής που έγινε / Θα γίνει η Νοσηλεία: Name & Address of Hospital / Clinic where treatment has been / Will be undertak	
·	7 11/111
	am/pm
Ημερ. Εξόδου / Date of Discharge:/	Time of Discharge:: : am/pm
Λεπτομέρειες για την Ασθένεια / Τραυμι	ατισμό / Details of Illness / Injury
Περιγράψετε τα συμπτώματα του Ασθενή / Describe the patient's symptoms:	
Πότε είχε ο Ασθενής τα πρώτα του συμπτώματα (ημερομηνία);	ότε συνέβηκε το Ατύχημα; (Αν ισχύει/ημερομηνία)/
When did the patient's symptoms first appear (date)?	nen did the accident occur? (Date if applicable)
Πότε σας επισκέφθηκε ο Ασθενής για πρώτη φορά (ημερομηνία); / When did the μ	patient first visit you (date)/
Αναφέρετε και περιγράψετε με λεπτομέρεια τους παράγοντες που επέβαλαν την ει State and describe in detail the causes which have led to the submission of the p	σαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο / Κλινική: Datient to the hospital / clinic:
State and describe in detail the causes which have led to the submission of the p	ration to the hospital / clinic.
Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν αναφορικά με την ασθένεια/ τραυμ Medical and diagnostic laboratory examinations which have been performed witl	ματισμό. (Αναφέρετε ημερομηνίες και επισυνάψετε τα αποτελέσματα):/ n regard to the illness / injury (state the dates and attach the results):
Περιγράψετε την περίθαλψη που δόθηκε στον Ασθενή, καθώς και τα φάρμακα πο Describe the treatment which was given to the patient as well as the medicines w	υ χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα:/ hich have been administered to date:
Περίθαλψη που επίκειται / Treatment to follow:	
Παρακολουθείται ή λαμβάνει περίθαλψη ο Ασθενής από Ιατρό άλλης ειδικότητας; Is the patient under medical observation or is receiving treatment from any doctor	
Έχει ο Ασθενής αποθεραπευτεί από την ασθένεια / τραυματισμό;	
Has the patient recovered from the illness / injury?	

	Ιατρικό Ιστορικό / Medical Histo	ry	
Είναι η πρώτη φορά που ο Ασθενής λαμβάνει περίθαλψι If this is the first time the patient is receiving treatmen	η για αυτή την ασθένεια/ τραυματισμό; t for this illness/injury?	NAI / YES	OXI / NO
Αν όχι, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πως αντιμετ	τωπίστηκε;		
If No, when did the first incident occur and how was tre	eated?		
Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια ή οπο Does the patient suffers or suffered in the past from ar			
Ονοματεπώνυμο Ιατρού / Full name od Doctor:		Ειδικότητα / Specialty:	
Διεύθυνση/ Address:		Τηλέφωνο / — Telephone: —	
 Υπογραφή Ιατρού Doctor's Signature			Σφραγίδα Νοσοκομείου/Κλινικής Hospital/Clinic Stamp
Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature		_	Ημερομηνία / Date

Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα. Please make sure that all sections of the claim form are duly completed.

Σημείωση: Αφού συμπληρωθεί το Έντυπο Απαίτησης παρακαλούμε όπως αποσταλεί στη **Karyatis Administrators στο email: info@karyatisadmin.com ή στο Φαξ: 24 200 869, Τηλ. 24 200 860 Important Note:** After completion of the claim form please send it to **Karyatis Administrators by email: info@karyatisadmin.com or by Fax at No: 24 200 869, Tel: 24 200 860**

CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Karyatis Administrators Ltd, has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

I. DEFINITIONS

"Controller" and "Processor" refers only to Karyatis Administrators Ltd, from Ydrogios Tower, 52 Archbishop Makarios III Avenue, 4th floor 6017 Larnaca, tel. 24200861, fax 24200869, email: info@karyatisadmin.com

"Subject of Data" means the person insured or potential to be insured person and any members of their family who are covered by the insurance plan or are in a position to insure themselves.

"Personal data" means any information relating to the insured person or potential to be insured person while he/she is alive and whose identity is known or can be ascertained directly or indirectly, in particular by reference to an identification number or the basis of one or more precise elements which portrays its status and includes data of special categories (sensitive) that have been given or will be given in the future to Karyatis Administrators Ltd.

"Sensitive Personal Data": which reveal racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs or participation in a trade union, as well as the processing of genetic data for the purpose of undeniable identification of persons, data relating to health, sexual life or sexual orientation.

"Data Protection Officer" refers to Mrs. Niki Hadjicosta contact details of Ydrogios Tower, 52 Archbishop Makarios III Avenue, 4th floor 6017 Larnaca, tel. 24200861, fax 24200869, email: info@karyatisadmin.com

"Data Processing": includes automated media use or non-collection, registration, organization, structure, storage, adaptation, alteration, retrieval, search, use, transmission, dissemination, any other form of disposal, combination, restriction, and deletion or destruction of personal data.

II. PURPOSE OF PROCESSING

The controller in the course of his or her activities will carry out in whole or partly an automated and/or non-automated processing of personal data whether these belongs to the specific categories of personal data (sensitive) as stated in Article 9 of the Regulation (EU) 2016/679 or not, which are or will be comprised in a filing system that is relevant and limited to what is necessary for the purposes for which they are collected and will be updated at reasonable intervals.

The main purpose of the processing is to examine and / or manage any claim arising from the insurance policy issued to you by Ypera Insurance Co. Ltd and the prevention and avoidance of fraudulent offenses and insurance fraud.

In addition to the basic purpose, personal data will be processed for the purpose of (a) the collection of evidence (validated and numbered invoices, receipts, prescriptions, radio diagnostic tests and medical certificates) to examine any of your submitted claim request (b) the confirmation of illness, accident, care, etc. for which any claim you make is such that it is covered by the insurance contract and (c) the excellent provision and maintenance of high quality services to you.

III. DATA RECEIVERS

Karyatis Administrators Ltd will transmit your personal data solely for the purposes set forth below, with whom confidentiality agreements are in place for the performance of their duties:

- · Authorized employees under its supervision.
- Authorized external partners, natural or legal persons, e.g. doctors, private and/or public hospitals, lawyers, auditors, legal advisers or insurance agents.
- · Affiliated companies or contracted or cooperating companies.
- At Ypera Insurance Co Ltd, this has undertaken the examination and management of the claims submitted to it.
- Reinsurance companies and / or reinsurance intermediaries with whom has entered into or is about to conclude reinsurance contracts.

The processing of data is confidential and will be carried out only by persons under the supervision of the controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties other than the above stated cases and / or where the regulation permits or imposes it and / or where further explicit consent.

																																			(Initials)
•	٠	٠	•	•	•	•	•	٠	٠	٠	•	•	•	٠	•	•	•	•	•	•	•	•	٠	٠	•	٠	•	٠	٠	٠	•	•	•	 • •	(IIIIIIIIII)

IV. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON

- Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the
 processing based on your consent given prior to revocation)
- Receive a confirmation from the controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the
 case, you also have the right to access and update this data upon your request.
- · Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or duly complete your personal data.
- Request from the controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or submitted, if you withdraw your consent, if you object to processed, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.
- Receive your personal data that you have provided to the controller in a readable electronic form and forward them to another processor
 without objection from the controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one
 controller to another, if technically feasible.
- To object to the processing of your personal data, especially for direct marketing purposes, including profile training if this relates to direct marketing.
- · To object to a decision taken solely by automated means, including profile training, which affects you negatively.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 200 869 or info@karyatisadmin.com or Ydrogios Tower, 52 Archbishop Makarios III Avenue, 4th floor 6017 Larnaca, by registered mail. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests.

V. REFUSAL OF CONSENT

Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Karyatis Administrators Ltd will have the right to reject your claim for damages as it will not be able to examine it.

VI. FILE MAINTENANCE

Karyatis Administrators Ltd will keep securely and confidentially all collected and processed personal data of the archives created for the above purposes, for at least twelve (12) years and in any case the minimum period required by the Law or any regulatory body or longer if required by law or any other body having jurisdiction over it.

VII. DISCLOSURE OBLIGATION STEMMING FROM LAW AND/OR REGULATIONS AND/OR INSURANCE PRACTICE

Regardless of the above, disclosure of personal data is mandatory in the following cases:

- · When the insured or potentially to be insured person or its authorized representatives provide written consent for this purpose.
- In case of legal proceedings, between Karyatis Administrators Ltd and Ypera Insurance Co. Ltd on the one hand, and the insured person and / or the potentially insured person on the other.
- If a court order is issued, where information should be provided to competent bodies and / or the superintendent authorities under the provisions of relevant Laws.
- When information is required for reasons of public interest or for reasons of protection of the interests of Karyatis Administrators Ltd and Ypera Insurance Co. Ltd within the framework of the Laws.

VIII. CONFIDENTIALITY

According to Karyatis Administrators Ltd policies and procedures, is to protect and safeguard the privacy of your personal data. We therefore wish to assure you that any transmission and / or disclosure of your personal data, whether for the purpose of assigning an activity or for the purposes of fulfilling the contractual obligations towards Ypera Insurance Co. Ltd and/or Ypera Insurance Co. Ltd to you, is governed and regulated by terms of confidentiality and protection of your data, in contracts with which we bind our associates and / or insurance agents.

IX. STATEMENT
I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and
processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name	ID card	Signature	Date

AUTHORIZATION

By signing this statement, you authorize Karyatis Administrators Ltd as a management company for the examination of the claims of Ypera Insurance Co. Ltd, as requested and received, and at the same time, authorize any Doctor, Public or Private Hospital or Clinic or other nursing or rehabilitation center in which you have been hospitalized or have received medical care or is aware for illness, accident, etc. for which you are claiming, to provide copies of any specialized examinations, radio diagnostic tests, a medical certificate, a supplementary medical certificate or to provide it with any health and / or hospital information that is necessary for the examination of the claim submitted and / or any claim submitted in the future.

Your refusal to grant the above authorization w	ill entitle Karyatis	Administrators :	Ltd to reject yo	our claim beca	use it may not b	e able to examine
your claim despite the reasonable efforts it will	make.					

Signature	Date