

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ

Η ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΛΕΠΤΟΜΕΡΩΣ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΣΤΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΕΝΤΟΣ 8 ΗΜΕΡΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:			
ΟΝ/ΝΥΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:		ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:	
ΟΝ/ΝΥΜΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:			
ΟΝ/ΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:		ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		E-MAIL:	
Α.Δ.Τ.:	Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	Α.Μ.Κ.Α.:
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΛΛΟΥ ΦΟΡΕΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΥΤΟΥ:			

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
ΠΟΙΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΦΥΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:
ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ:

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ & ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ:
ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:
Η ΑΔΕΙΑ ΣΑΣ ΕΛΗΞΕ Ή ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ:
ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΑΤΕ:

Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΑΦΟΡΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΕΞΟΔΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ Ή ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΟΒΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ/ΕΞΙΤΗΡΙΟ:	ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:
ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ:	ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ:
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ:	ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:
ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΔΕΛΤΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:	ΠΟΣΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΩΝ/ΑΠΟΔΕΙΞΙΩΝ: €
ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ/ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ & ΚΟΥΠΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ:
ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΤΡΑΠΕΖΗΣ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ E-BANKING Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Δηλώνω ότι σε σχέση με την ανωτέρω αιτία για την οποία αιτούμαι αποζημίωση, αποδέχομαι και συμφωνώ να κατατεθεί / πιστωθεί από την ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ Α.Ε.Γ.Α. το ποσό που προκύπτει από την εφαρμογή των όρων του παραπάνω αναφερόμενου ασφαλιστηρίου συμβολαίου λαμβανομένων υπόψη τυχόν απαλλαγών, συμμετοχών και ορίων αμοιβών και με βάση τα προσκομισθέντα στοιχεία που σημειώνονται, στον υπ' αριθμ..... λογαριασμό που τηρώ με έμενα ως δικαιούχο στην ΤΡΑΠΕΖΑ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ σε μορφή IBAN:

Επισημαίνεται ότι το αποδεικτικό κατάθεσης / εμβάσματος επέχει θέση απόδειξης καταβολής εκ μέρους της Ασφαλιστικής Εταιρίας και θα ειδοποιηθείτε με γραπτό μήνυμα όταν γίνει η κατάθεση στο λογαριασμό σας.

Για την ενεργοποίηση της διαδικασίας και της κατάθεσης της αποζημίωσης στον λογαριασμό μου επισυνάπτω φωτοτυπία από το βιβλιάριο τραπεζής ή εκτύπωση από το Internet Banking ή εκτύπωση από το κατάστημα της τράπεζας.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Νόμου περί ψευδούς δηλώσεως, ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου είναι σωστές και αληθινές.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ & ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. Η επεξεργασία και η οποιασδήποτε μορφής χρήση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν περιέλθει στην Εταιρία, όταν τα επεξεργάζεται η Εταιρία, θα περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την επίτευξη των σκοπών για τους οποίους έχω δώσει ρητή συγκατάθεση.

Β. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα καθώς και οι ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Όλα τα συστήματα προφυλάσσονται με τα κατάλληλα σύγχρονα οργανωτικά και τεχνικά μέσα.

Γ. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που έχει συναφθεί, τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα καθώς και οι ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων μου πρόκειται να διαβιβαστούν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα (Νοσηλευτικά ιδρύματα, συνεργαζόμενοι άμεσα ή έμμεσα ιατροί, δημόσιες αρχές, ερευνητές, διαγνωστικά κέντρα, αντασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων, εταιρίες βοήθειας κ.α., εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης), τα οποία ως εκτελούντες την επεξεργασία θα μπορούν να τα επεξεργαστούν για λογαριασμό της Εταιρίας, βάσει της μεταξύ τους σύμβασης.

Δ. Η διατήρηση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς και οι ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων μου στην Εταιρία θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε εκατέρωθεν αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα.

Ε. Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στην Εταιρία για πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν και το δικαίωμα αντίταξης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στην φορητότητά τους.

Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στη διεύθυνση ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΕΓΑ, ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 71 ΑΘΗΝΑ Τ.Κ 11526 (Υπ όψιν Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων), είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dro@atlantiki.gr). Απάντηση για την ικανοποίηση του δικαιώματος θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν όπως και το δικαίωμα αντίταξης, τα οποία ωστόσο θα έχουν σαν αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρίας ή την μη δυνατότητα εξέτασης του αιτήματος για παροχή κάλυψης/ αποζημίωσης. Επίσης, διατηρώ πάντα το δικαίωμα να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί την υποβολή σχετικών παραπόνων είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Δνση: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε σε ηλεκτρονική μορφή (www.dpa.gr).

ΣΤ. Τέλος, δηλώνω ότι: α) Έχω λάβει πλήρη γνώση για το είδος, την έκταση, τη χρονική διάρκεια, το λόγο και την αναγκαιότητα της επεξεργασίας των δεδομένων μου (προσωπικών και ειδικών κατηγοριών) τα οποία είναι απολύτως απαραίτητα για την κατάρτιση και την λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης και βεβαιώνω ότι είναι όλα αληθή. Διαφορετικά η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να μην αποδεχθεί την πρόταση ασφάλισης οπότε η ασφαλιστική σύμβαση δεν θα καταρτισθεί, β) Τελώ σε πλήρη γνώση των δικαιωμάτων μου ως υποκειμένου των δεδομένων που αναφέρονται στα άρθρα 12 έως και 23 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΕ) 2016/679.

Για περισσότερες πληροφορίες τα υποκείμενα των δεδομένων μπορούν να αναφερθούν και στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα www.atlantiki.gr

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο/η υπογράφων/ουσα του με ΑΔΤ ή αρ. Διαβατηρίου και Α.Φ.Μ δηλώνω ότι ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των **Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα** μου όσο και των **Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα** μου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ σήμερα καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση της Εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ασφάλισης, τον φάκελο ζημίας ή την ασφαλιστική περίπτωση.

Συμφωνώ ☐ Δεν Συμφωνώ ☐

Ο Δηλών/...../.....

(ονοματεπώνυμο/ υπογραφή)

(τόπος/ ημερομηνία)

Για ανήλικους, ο υπευθύνως δηλών ως κηδεμόνας

...../.....