

ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ: ...
(Συμπληρώνεται από Τμήμα Αποζημιώσεων)

ΜΕΡΟΣ Α' - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ			
2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ			
3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ΗΜΕΡΑ	ΜΗΝΑΣ	ΕΤΟΣ
5. ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ			
6. ΕΧΕΤΕ ΑΣΘΕΝΗΣΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ;
7. ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ			
8. ΣΥΝΟΛΟ ΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ	€		

9. ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Με τη δήλωση μου αυτή, βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στις πιο πάνω ερωτήσεις είναι πλήρεις και ακριβείς και υποχρεούμαι να προσκομίσω οποιοδήποτε άλλο επιπλέον έγγραφο ή πληροφορία που θα ζητηθεί από την ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ σύμφωνα με τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, σχετικά με την απαίτηση μου. Σε αντίθετη περίπτωση, γνωρίζω ότι εάν δεν προσκομισθούν στην ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ όλα τα αιτούμενα έγγραφα, η εν λόγω απαίτησή μου θα επιστραφεί στον Αντισυμβαλλόμενο, έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία υποβολής αυτών.

.....
Ημερομηνία

.....
Υπογραφή Ασφαλισμένου

ΜΕΡΟΣ Β' - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	
.....	
Ημερομηνία	Σφραγίδα & Εξουσιοδοτημένη Υπογραφή Εργοδότη

ΜΕΡΟΣ Γ' - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ	
2. ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ	
3. ΠΟΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	
5. ΦΥΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ (Λεπτομερής περιγραφή)	

.....
Ημερομηνία

.....
Σφραγίδα & Υπογραφή Γιατρού

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 φορητότητα 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 (dpo@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

...../.....