

Πρώτη Δήλωση ☐
 Συνεχιζόμενη Απαίτηση ☐
 Οριστικό ☐

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ /ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

1. Ονοματεπώνυμο
2. Ημερ. Γέννησης/...../..... Αρ. Ταυτότητας Αρ. Κ.Α
3. Διεύθυνση Οικίας
Αρ. Τηλεφώνου
4. Διεύθυνση Εργασίας
Αρ. Τηλεφώνου
5. E-Mail Αρ. Κινητού
6. Όνομα Εργοδότη
7. Επάγγελμα (ακριβή καθήκοντα)
.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ /ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1. Ημερομηνία ατυχήματος / ασθένειας Τόπος: Ώρα π.μ./μ.μ.
2. Δώστε λεπτομερή περιγραφή ατυχήματος /ασθενείας :
.....
.....

Υπήρξαν σημάδια στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος /ασθένειας ; ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν ναι, περιγράψετε .
.....
.....

3. Υπάρχει αστυνομική έκθεση αναφορικά με το πιο πάνω ατύχημα Ναι ☐ Όχι ☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ /ΚΛΙΝΙΚΗΣ /ΓΙΑΤΡΟΥ

(Επισυνάψετε πρωτότυπες αποδείξεις)

1. Επισκεφθήκατε νοσοκομείο ή κλινική ; Ναι ☐ Όχι ☐ Πότε/...../.....
2. Νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική; Ναι ☐ Όχι ☐
Διάρκεια παραμονής : Από:/...../..... Μέχρι:...../...../.....
3. Όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο νοσοκομείου /κλινικής
.....
4. Όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο θεράποντος ιατρού
.....
5. Μήπως σας παρέπεμψε σε άλλο ιατρό ; Δώστε όνομα, διεύθυνση , τηλέφωνο και αιτία
.....

6. Παραμένετε περιορισμένος στο σπίτι ; Ναι ☐ Όχι ☐ Από/...../.....Μέχρι :...../...../.....
7. Παρακολουθήσατε ή επιβλέψατε την εργασία σας καθ' οιονδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής σας ανικανότητας ; Ναι ☐ Όχι ☐ Από/...../.....Μέχρι:...../...../.....
8. Πότε έχετε επιστρέψει στην εργασία σας.....
Αν Όχι πότε αναμένεται να αναλάβετε εργασία;
.....
9. Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία; Ναι ☐ Όχι ☐
Δώστε λεπτομέρειες
.....
10. Ποιο ήταν το ακάθαρτο μηνιαίο εισόδημα σας πριν το ατύχημα ; €.....
11. Κατά τα τελευταία 2 χρόνια απουσιάσατε από την εργασία σας για λόγους υγείας ; Εάν ναι, αναφέρατε τις αιτίες και τις ημερομηνίες απουσίας .
.....
.....
12. α) Υπήρξε αλλαγή στα καθήκοντα σας εντός της εταιρείας για λόγους υγείας; Ναι ☐ Όχι ☐
β) Δώστε λεπτομέρειες :
.....
γ) Πότε έγινε η αλλαγή ; Αναφέρατε ακριβή ημερομηνία/...../.....
13. Στην περίπτωση που είστε αυτοεργοδοτούμενος
α) Συνεχίζονται οι επαγγελματικές δραστηριότητες σας Ναι ☐ Όχι ☐
β) Επιβλέπετε μερικώς τις εργασίες σας Ναι ☐ Όχι ☐

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς , ακριβείς και πλήρεις.

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτωμένου/ γονέα σε περίπτωση ανήλικου εξαρτωμένου

.....

Ημερομηνία/...../.....

Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθείτε να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com . Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

2. Μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουμε τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς μαζί με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας ή να λάβουμε πρόσθετα δεδομένα υγείας από αυτούς προκειμένου να εξετάσουμε κατάλληλα την απαίτησή σας. Όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο, θα επικοινωνήσουμε με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και θα τους ζητήσουμε να μας παράσχουν δεδομένα υγείας που έχουν για εσάς.

Σε περίπτωση που δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Στην περίπτωση αυτή, η απαίτησή σας θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επικοινωνεί με τον γιατρό μου ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και να τους ζητά να παρέχουν σε αυτή δεδομένα υγείας που έχουν για μένα για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρете τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρете την συγκατάθεση σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτηση σας, θα την απορρίψουμε αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

3. Εάν η απαίτησή σας εγκριθεί και αφορά ωφέλημα υγείας σε είδος, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις υπηρεσίες τρίτων προσώπων για την παροχή του ωφελήματος αυτού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να μοιραστούμε μαζί τους τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς.

Αν δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το ωφέλημα σε είδος αν στηριζόμαστε σε τρίτους για κάτι τέτοιο.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρете τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρете την συγκατάθεση σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το σχετικό ωφέλημα σε είδος. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτωμένου/ γονέα σε περίπτωση ανήλικου εξαρτωμένου

.....

Ημερομηνία / /

FATCA

Για λόγους συμμόρφωσης περί Βεβαιώσεως και Εισπράξεων Φόρων (ανταλλαγή πληροφοριών στα πλαίσια της Συμφωνίας για τη Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής) Διάταγμα (FATCA) Του Τμήματος Φορολογίας, παρακαλείστε όπως σημειώσετε εάν:

Είστε ☐ δεν είστε ☐ Πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή/και εμπίπτετε ☒ δεν εμπίπτετε ☐ στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, κατέχετε ☐ δεν κατέχετε διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ,

Είστε κάτοχος ☐ δεν είστε κάτοχος ☐ πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχετε ☐ δεν έχετε ☐ Γεννηθεί στις ΗΠΑ, κατέχετε ☐ δεν κατέχετε ☐ :

Α. Οποιαδήποτε Ταχυδρομική Διεύθυνση/ Διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....

Β. Αριθμό τηλεφώνου στις ΗΠΑ.....

Γ. Τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις ΗΠΑ.....

Δ. Πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις ΗΠΑ.....

Ε. ΑΦΜ (ΗΠΑ) Του δικαιούχου/ων.....

Επίσης, είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των ΗΠΑ θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των ΗΠΑ .

Παρακαλώ όπως το ποσό της αποζημίωσης κατατεθεί στο λογαριασμό που διατηρώ με την Τράπεζα /ΣΠΕμε αριθμό IBAN*

*Να επισυναφθεί βεβαίωση από την Τράπεζα /ΣΠΕ.

Υπογραφή Ασφαλισμένου /Ενήλικα Εξαρτωμένου

Ημερομηνία/...../.....