

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ-ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ :

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :

1^α. ΟΝΟΜΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΜΑΔΩΝ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ) :
.....**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΔΗΛΩΣΤΕ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ)**

ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΕΚΔΟΘΕΙ Η ΕΠΙΤΑΓΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (Δώσατε λεπτομερή στοιχεία) :

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ.....ΤΗΛ.:

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ :

ΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ;

ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ;

1. 2.

ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ;

ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ΑΝ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΣΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΚΟ ΔΥΣΤΗΧΗΜΑ ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΕΧΟΜΕΝΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΜΜΕΝΑ:
.....**4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ**

ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ : ΗΜ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ : ΤΗΛ. :

ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΕΚΑ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ : ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ :

ΤΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ :

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΣΚΕΙΤΕ ΕΣΤΩ ΚΑΙ ΜΕΡΙΚΩΣ ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΤΕ;

ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ; ΑΝ ΝΑΙ ☐ ΠΟΤΕ; ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : ΟΧΙ ☐

ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ:

5. ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ :

ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΙΔΡΥΜΑ Ή ΤΑΜΕΙΟ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ :

ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ Ή ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΔΩΣΤΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ :

ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ Ή ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ

ΕΠΙΔΙΟΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐**6. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ**ΣΥΝΕΧΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ΕΠΙΒΛΕΠΕΤΕ ΜΕΡΙΚΩΣ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΟΧΙ, ΤΟΤΕ ΠΟΙΟΣ ΕΠΙΒΛΕΠΕΙ;

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

.....

.....

.....

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις..Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτωμένου
/ γονέα (σε περίπτωση ανηλίκου)

Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Κατόχου

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 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 συγκατάθεση σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτησή 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 στηρίζομαστε 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 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 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

.....

Ημερομηνία / /