

ΠΡΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου

ΕΘΝΙΚΗ

ΑΣΤΕΡΑΣ

INTERNATIONAL LIFE

Συμπληρώστε με προσοχή το έντυπο αυτό και επισυνάψτε πρωτότυπα έγγραφα δικαιολογητικά
(Τιμολόγια, Αποδείξεις Ιατρών, Γνωματεύσεις, κ.λπ.).

Ο/Η υπογράφ _____, Ονοματεπώνυμο παθόντος ΤΟΥ _____ Πατρώνυμο

Διεύθυνση κατοικίας: _____ Οδός _____ Αριθμός _____ Τ.Κ. _____ Πόλη _____

Κάτοχος του Α.Δ.Τ.: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____ Παθόντος

Επάγγελμα: _____ Αναλυτική περιγραφή _____

Διεύθυνση εργασίας: _____ Οδός _____ Αριθμός _____ Τ.Κ. _____ Πόλη _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____ e-mail: _____

ασφαλισμένος με το ανωτέρω ασφαλιστήριο συμβόλαιο **υποβάλω έγγραφα προς υπολογισμό αποζημίωσης** (σημειώστε με **X**)

- Εξόδων Νοσοκομειακής Περίθαλψης
- Νοσοκομειακού ή Χειρουργικού Επιδόματος
- Πρόσκαιρης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα ή Ασθένεια
- Εξόδων συνεπεία Ατυχήματος
- Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα ή Ασθένεια

Ανάλογα με την αιτούμενη αποζημίωση, παρακαλούμε συμπληρώστε με προσοχή τα παρακάτω στοιχεία:

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Ημερομηνία Ατυχήματος: _____ Ώρα: _____ Τόπος: _____

2. Αναφέρατε το όνομα του ιατρού, την ειδικότητα και το τηλέφωνο του ή και του νοσοκομείου/ κλινικής που σας περιέθαλψε: _____

3. Περιγράψτε λεπτομερώς το ατύχημα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε: _____

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Αναφέρατε σχετικά με την ασθένειά σας (φύση και συμπτώματα): _____

Συμπληρώστε επίσης

ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ

Ημ. Εισόδου:

Ημ. Εξόδου:

Θεράπων Ιατρός:

Όνοματεπώνυμο ιατρού και ειδικότητα

Τιμολόγιο & εξοφλητική απόδειξη εξόδων νοσηλείας ποσού σε €:

Αποδείξεις ιατρικών αμοιβών ποσού σε €:

άλλα έξοδα νοσηλείας ποσού σε €:

ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημερομηνία ατυχήματος:

Ποσού σε €:

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ημερομηνία ατυχήματος ή ασθένειας:

και για διάστημα από:

έως:

Αναφέρατε το ονοματεπώνυμο του ιατρού, την ειδικότητα και το τηλέφωνο του ή και του νοσοκομείου/ κλινικής που σας περιέθαλψε:

Δηλώνω ότι σε σχέση με την ανωτέρω αιτία για την οποία αιτούμαι αποζημίωση, υπό στοιχείο _____ (1, 2, 3, 4, 5) αποδέχομαι και συμφωνώ να κατατεθεί/πιστωθεί από την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» το ποσό που προκύπτει από την εφαρμογή των όρων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου λαμβανομένων υπόψη τυχόν απαλλαγών, συμμετοχών και ορίων αμοιβών και με βάση τα προσκομισθέντα στοιχεία που σημειώνονται, στον υπ' αριθ. _____ **λογαριασμό**

που τηρώ με εμένα ως δικαιούχο στην Τράπεζα _____

Αρ. λογαριασμού σε μορφή IBAN _____

Επισημαίνεται ότι το αποδεικτικό κατάθεσης/εμβάσματος επέχει θέση απόδειξης καταβολής εκ μέρους της Ασφαλιστικής Εταιρίας.

Κινητό τηλέφωνο επικοινωνίας: _____

θα ειδοποιηθείτε με γραπτό μήνυμα όταν γίνει η κατάθεση στο λογαριασμό σας

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΩ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- A) Φωτοτυπία από το βιβλιário τραπεζής ή εκτύπωση από το Internet Banking ή εκτύπωση από κατάστημα της τράπεζας, του ως άνω λογαριασμού επ' ονόματι μου
- B) Στην περίπτωση που το δικαιούμενο ποσό είναι μεγαλύτερο των 15.000 €, προσκομίζω φωτοτυπία:
- 1) Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου σε ισχύ
 - 2) Τελευταίου Εκκαθαριστικού Σημειώματος Φορολογίας Εισοδήματος (Ν.3961/2008 και Απόφαση 154/31.8.2009 Δ.Ε.Ι.Α. Τράπεζα της Ελλάδος).

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Διάβασα και επιβεβαιώνω την ακρίβεια και την ορθότητα των παραπάνω δεδομένων μου και ενημερώθηκα ότι για την αξιολόγηση του αιτήματος λήψης ασφαλιστικής αποζημίωσης με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη η παροχή συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) μου με βάση τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Δεδομένων Ε.Ε. 679/2016 και της σχετικής ελληνικής νομοθεσίας. Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι:

Υπεύθυνος Επεξεργασίας και Αποδέκτες ή/και Εκτελούντες την Επεξεργασία: Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων μου είναι η ασφαλιστική Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ». Τα δεδομένα μου, στα πλαίσια της λειτουργίας της σύμβασής μου, θα τύχουν επεξεργασίας από τα τμήματα που είναι αρμόδια για την λειτουργία του συμβολαίου μου, την εξυπηρέτηση των αιτημάτων μου και για την αποζημίωσή μου, όπως επίσης και από άλλα τμήματα στο πλαίσιο άσκησης των νομίμων λειτουργιών τους. Επίσης τα δεδομένα μου, στα πλαίσια της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης στο βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή μου και την παροχή των υπηρεσιών/καλύψεων που προβλέπει η ασφαλιστική σύμβαση μπορεί να διαβιβασθούν ή να συλλεγούν ή να τύχουν επεξεργασίας για το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς την Εταιρία από τους κάτωθι ενεργώντας ως εκτελούντες την επεξεργασία ήτοι από: συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα συνεργαζόμενα νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα και συνεργαζόμενους ιατρούς, συνεργαζόμενους με την Εταιρία παρόχους, όπως αντασφαλιστές, εισπράκτορες ή εταιρίες είσπραξης ασφαλιστρών για τις ατομικές ασφαλίσσεις ζωής, πραγματογνώμονες, ερευνητές, εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, εταιρίες πληροφορικής, εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης εντύπων, ενώ μόνο σε περίπτωση παροχής σχετικής ασφαλιστικής κάλυψης εταιρίες παροχής επείγουσας μεταφοράς/αερομεταφοράς/διακομιδής και εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνωμάτευσης.

Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η Εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα μου σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της.

Χρόνος διατήρησης των δεδομένων: Τα προσωπικά μου δεδομένα μέχρι την ολοκλήρωση του σκοπού επεξεργασίας τηρούνται τόσο σε έγχαρτη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που η συμβατική σχέση μου με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, τα δεδομένα μου θα τηρούνται για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να επέλθει η παραγραφή των σχετικών αξιώσεων και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται από την φορολογική νομοθεσία, το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και τους εγκεκριμένους κώδικες δεοντολογίας. Επισημαίνεται ότι εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας, θα τηρούνται δεδομένα μου μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Τα δικαιώματά μου: Έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας καθώς και ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Μου γνωστοποιήθηκε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, δεν επηρεάζει την επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής αυτής, αλλά ότι θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου ή/και την αδυναμία εκπλήρωσης οποιαδήποτε υποχρέωσης της Εταιρείας απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση. Για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων μου και για οποιοδήποτε ερώτημα που αφορά προσωπικά δεδομένα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»:

- με αποστολή email στη διεύθυνση parapona@insurance.nbg.gr, με θέμα «GDPR», επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη «GDPR», προς Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λεωφόρος Συγγρού 103-105, 117 45, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr

Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος, εκτός και αν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορείτε να επικοινωνήσετε στο τηλ. **210.90.99.777**.

Ενημερώθηκα ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιώματά μου μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr στην ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας: Ιστοσελίδα: www.dpa.gr, Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600, Fax: +30 210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: complaints@dpa.gr.

Εξουσιοδοτήσεις: Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τα συνεργαζόμενα νοσηλευτήρια, τους ιατρούς του και τους συνεργαζόμενους με την ασφαλιστική εταιρία ιατρούς, να χορηγούν στην ασφαλιστική μου Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» και στη συνεργαζόμενη εταιρία ελεγκτικών υπηρεσιών υγείας όλα τα δεδομένα μου που αφορούν το αίτημα αποζημίωσης και περιέχονται στον ιατρικό μου φάκελο (ενδεικτικά των ιατρικών μου εξετάσεων, ιατρικών γνωματεύσεων, του ιατρικού μου ιστορικού).

ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Δηλώνω ότι:

- ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» και οι συνεργάτες αυτής
- έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου
- αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης και ότι η μη παροχή συγκατάθεσης ή η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου, την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσής της εταιρίας που απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση
- παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου, που έχω γνωστοποιήσει τόσο στο πλαίσιο του παρόντος αιτήματος όσο και όσων έχω ήδη γνωστοποιήσει στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή στους συνεργαζόμενους παρόχους στα πλαίσια του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Ο κατωτέρω υπογράφων διάβασα με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και τις Δηλώσεις Συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τις αποδέχομαι.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δίνονται στο παρόν Έντυπο είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου (παθόντα)

Τόπος και Ημερομηνία

Για ανήλικο (υπογράφουν οι έχοντες την επιμέλεια του ασφαλισμένου / εξαρτώμενου μέλους)

Υπογραφή 1)

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή 2)

Όνοματεπώνυμο