

**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 τα απαραίτητα έγγραφα  
(Τιμολόγια, Αποδείξεις Ιατρών, Γνωματεύσεις, κ.λπ.).

Ο/Η υπογράφ , του  
Ονοματεπώνυμο παθόντος 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/η με το ανωτέρω ασφαλιστήριο συμβόλαιο υποβάλλω έγγραφα προς υπολογισμό αποζημίωσης για (σημειώστε με X)**

- |                                                          |                          |                                               |                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης                        | <input type="checkbox"/> | 3. Επίδομα Νοσηλείας ή Χειρουργικό επίδομα    | <input type="checkbox"/> |
| α. Έξοδα Προ/ Μετά Νοσηλείας                             | <input type="checkbox"/> | 4. Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια (Full Emergency) | <input type="checkbox"/> |
| β. Διαγνωστικές Ιατρικές Πράξεις (Full Health)           | <input type="checkbox"/> | 5. Έξοδα συνεπεία Ατυχήματος                  | <input type="checkbox"/> |
| γ. Λοιπές Παροχές (π.χ. έξοδα αποκλειστικής, ασθενοφόρο) | <input type="checkbox"/> | 6. Πρόσκαιρη Ανικανότητα/ Απώλεια Εισοδήματος | <input type="checkbox"/> |
| 2. Παροχές Full Health Plus                              | <input type="checkbox"/> | 7. Διάρκη Ολική Ανικανότητα                   | <input type="checkbox"/> |
| α. Επίδομα Τοκετού                                       | <input type="checkbox"/> | 8. Σοβαρή Ασθένεια                            | <input type="checkbox"/> |
| β. Επίδομα Αποκατάστασης                                 | <input type="checkbox"/> |                                               |                          |
| γ. Έξοδα κατ' οίκον Αποθεραπείας                         | <input type="checkbox"/> |                                               |                          |

Έχετε Κοινωνικό Ασφαλιστικό Φορέα;

• ΕΟΠΥΥ ☐ • ΆΛΛΟ..... ☐

Έχετε άλλο ιδιωτικό Ασφαλιστήριο;

Ναι ☐ Όχι ☐

• Αν Ναι, θα ενεργοποιήσετε το έτερο Ασφαλιστήριό σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

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

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Αναφέρατε σχετικά με την ασθένειά σας (διάγνωση και έναρξη συμπτωμάτων):

---

---

Συμπληρώστε επίσης

**ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:** \_\_\_\_\_

Ημ. Εισόδου:

Ημ. Εξόδου:

Δαπάνες Νοσοκομείου (Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, Εξοφλητική Απόδειξη) ποσού σε €:

Αποδείξεις ιατρικών αμοιβών ποσού σε €:

άλλα έξοδα νοσηλείας ποσού σε €:

### ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Ημερομηνία Ατυχήματος:

Ώρα:

Τόπος:

2. Αναφέρατε το όνομα του ιατρού, την ειδικότητα και το νοσοκομείο/κλινική που σας περιέθαλψε:

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

4. Αιτούμενο ποσό:

### ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ημερομηνία ατυχήματος ή ασθένειας:

και για διάστημα από:

έως:

Δηλώνω ότι σε σχέση με την ανωτέρω αιτία για την οποία αιτούμαι αποζημίωση, υπό στοιχείο \_\_\_\_\_ (I-8) αποδέχομαι και συμφωνώ να κατατεθεί 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. (σε μορφή IBAN) \_\_\_\_\_ λογαριασμό που τηρώ με εμένα ως δικαιούχο στην Τράπεζα \_\_\_\_\_

**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 βιβλιάριο τραπεζής ή εκτύπωση από το Internet Banking ή εκτύπωση από κατάστημα της τράπεζας, του ως άνω λογαριασμού επ' ονόματί 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).

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ Ε.Ε. 2016/679**

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 της ισχύουσας ευρωπαϊκής και εθνικής νομοθεσίας για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (Ε.Ε.) 2016/679, Ν. 4624/2019, όπως ισχύει), καθώς και τις σχετικές Αποφάσεις / Οδηγίες / Γνωμοδοτήσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

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 σύμβασης ασφάλισής 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 ασφαλιστών για τις ατομικές ασφαλίσεις 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 προάσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της.

**Χρόνος διατήρησης των δεδομένων:** Τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα 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 δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»:

- με αποστολή email στη διεύθυνση [www.ethnikiasfalistiki.gr](mailto:www.ethnikiasfalistiki.gr), με θέμα «GDPR», επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα [www.ethnikiasfalistiki.gr](http://www.ethnikiasfalistiki.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.ethnikiasfalistiki.gr](http://www.ethnikiasfalistiki.gr)

Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος, εκτός και αν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με την 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.ethnikiasfalistiki.gr](http://www.ethnikiasfalistiki.gr) στην ενότητα Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. 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](http://www.dpa.gr), Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας Ι-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600, Fax: +30 210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [complaints@dpa.gr](mailto:complaints@dpa.gr).

**ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ**

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΤΩΝ 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 δικαιώματά που έχω και διατηρώ, ως υποκείμενο των δεδομένων
- 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 και γενικότερα την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της Εταιρίας που απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση
- παρέχω την αδιαμφισβήτητη 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.
- έλαβα γνώση της Ενημέρωσης της Α.Ε.Ε.Γ.Α «Η ΕΘΝΙΚΗ» για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα και την αποδέχομαι, κατανοώντας ότι σε περίπτωση μη παροχής συγκατάθεσης ή η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου και γενικότερα την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της Εταιρίας που απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση.

**Εξουσιοδοτήσεις:** Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τα συνεργαζόμενα νοσηλευτήρια, τους ιατρούς τους 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).

**Τέλος, δηλώνω υπεύθυνα και δεσμεύομαι ότι:**

- Τα παραστατικά εξόδων που υποβάλλω στην Εθνική Ασφαλιστική είναι τα πρωτότυπα και δεν θα τα υποβάλω για αποζημίωση σε οποιονδήποτε άλλο Φορέα Ασφάλισης, δημόσιο ή ιδιωτικό.
- Σε περίπτωση που υποβάλω ηλεκτρονικά/ψηφιακά γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων δικαιολογητικών που έχω στη διάθεσή μου, οφείλω να διατηρήσω τα πρωτότυπα στην κατοχή μου για τουλάχιστον πέντε (5) χρόνια και να τα παραδώσω στην Εθνική Ασφαλιστική άμεσα, σε περίπτωση που μου ζητηθούν για οποιονδήποτε λόγο/αίτια.
- Όλες οι απαντήσεις που δίνονται στο παρόν Έντυπο είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου (παθόντα)

Τόπος και Ημερομηνία

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

Υπογραφή 1)

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή 2)

Ονοματεπώνυμο