

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ-ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΜΑΘΗΤΩΝ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΤΜΗΜΑ :

ΤΗΛ. ΣΧΟΛΕΙΟΥ

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ : ΤΗΛ.....

ΗΜΕΡΟΜ ΓΕΝΝΗΣΗΣ..... ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ..... ΤΗΛ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ..... ΤΗΛ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : 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

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ : ΗΜ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ : ΤΗΛ. :

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ : ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ :

ΤΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ :

ΔΗΛΩΣΤΕ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ CL4B - ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην ασφαλιστική εταιρεία MetLife Alico τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών για αξιολόγηση από ιατρούς που συνεργάζονται με την εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(1) 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης μου.

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα

Υπογραφή Μάρτυρα.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία

Επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σας πληροφορούμε ότι για την Εκτέλεση της Ασφαλιστικής σας σύμβασης, η Εταιρεία θα πρέπει να προβεί σε επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η επεξεργασία θα αφορά αποκλειστικά τα δεδομένα υγείας του ασφαλισμένου προσώπου και θα περιορίζεται στα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την διεκπεραίωση αυτής της απαίτησης σας. Σε μερικές περιπτώσεις, (εάν αυτό κριθεί αναγκαίο), η επεξεργασία θα περιλαμβάνει και επικοινωνία με τους θεράποντες Ιατρούς και τα Νοσηλευτήρια για λήψη πληροφοριών ή Ιατρικών Εκθέσεων. Εάν το επιθυμείτε, μπορείτε να ζητήσετε και να πάρετε αντίγραφα της σχετικής αλληλογραφίας.

Παρά το γεγονός ότι έχουμε στα αρχεία μας την ρητή συγκατάθεση σας για συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, (ευαίσθητων ή μη), επιθυμούμε να σας υπενθυμίσουμε ότι έχετε το δικαίωμα να προβάλετε, (οποτεδήποτε), ΑΝΤΙΡΗΣΗ στην περαιτέρω επεξεργασία. Σε τέτοια περίπτωση, είναι πιθανή η αδυναμία της Εταιρείας να διεκπεραιώσει την απαίτησή σας.

Παρακαλούμε απαντήσετε, σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.

Επιβεβαίωση συγκατάθεσης

Προβολή Αντίρρησης

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερομηνία

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα Ημερομηνία

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι, οι πιο πάνω απαντήσεις μου είναι ορθές και αληθινές.

Υπογραφή Διευθυντή και σφραγίδα Σχολείου

Ημερομηνία