

Αριθ. Πρωτ.: 19

Αθήνα 29 Ιανουαρίου 2019

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΘΕΜΑ: Δήλωση ατυχήματος ασθένειας.

Ενημερώνουμε τους συναδέλφους που έχουν ενταχθεί στο ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο με την «**ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ**» ότι, όπως πληροφορηθήκαμε από την εταιρεία, πως είναι πλέον **υποχρεωτική εκ του νόμου** περί επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, η υποβολή δήλωσης ατυχήματος - ασθένειας σε κάθε περίπτωση υποβολής δικαιολογητικών προς αποζημίωση.

Για οποιαδήποτε διευκρίνηση όπως επικοινωνήσετε με τον ασφαλιστικό σύμβουλο κ. **Κουμαρίνο Σαράντο**, τηλ.: 210-4133220, 6948136746.

Επισυνάπτεται η σχετική δήλωση.

Για την Εκτελεστική Επιτροπή

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΡΙΜΠΟΝΙΑΣ



Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΚΑΤΣΙΚΑ ΣΟΦΙΑ-ΚΩΝ/ΝΑ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και αποστείλετε στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας εντός 8 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της ασθένειας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ (ΟΜΑΔΙΚΟ / ΑΤΟΜΙΚΟ / ΠΡ. ΑΤΥΧΗΜΑ): _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό: _____

Επάγγελμα: _____

Διεύθυνση εργασίας: _____

Ασφ. ταμείο: _____ Βιβλιάριο υγείας: Ναι Όχι

Άλλη ασφαλιστική εταιρία: _____

Εξαρτώμενο μέλος (συμπληρώνεται, εάν η δήλωση το αφορά): _____

A. ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημ/νία ατυχήματος: _____ Ώρα: _____ Τόπος: _____

Λεπτομερής περιγραφή του ατυχήματος (αιτία και συνέπειες, πού δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες κλπ): _____

B. ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΤΟΚΕΤΟΣ

Περιγραφή της ασθένειας/ τοκετού και έναρξη συμπτωμάτων: _____

(Σημείωση: Σε περίπτωση τοκετού κρίνεται απαραίτητη η προσκόμιση Ληξιαρχικής Πράξης Γέννησης)

Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά ιατρό για αυτή την ασθένεια: _____

Αναφέρεται όνομα ιατρού και τηλέφωνο: _____

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα; Ναι Όχι

Εάν ναι, αναφέρατε λεπτομερώς: _____

Γ. ΘΑΝΑΤΟΣ

Ημ/νία θανάτου: _____ Αιτία θανάτου: _____

(Σημείωση: Κρίνεται απαραίτητη η προσκόμιση της Ληξιαρχικής Πράξης θανάτου)

Δ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όνομα ιατρού ή Νοσοκομείου που νοσηλευτήκατε: _____

Διάρκεια νοσηλείας από: _____ έως _____

Ποια αστυνομική αρχή έλαβε γνώση (σε περίπτωση τροχαίου): _____

Πότε; _____

Δόθηκε αναρρωτική άδεια; Ναι Όχι Από: _____ έως _____

Συνεχίζεται; Ναι Όχι

Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας; Ναι Όχι

Από πότε; _____

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

<input type="radio"/> Ιατρική γνωμάτευση		Αριθμός	Ποσό
<input type="radio"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις	<input type="radio"/> Αποδείξεις ιατρών	_____	_____
<input type="radio"/> Ιατρική συνταγή	<input type="radio"/> Αποδείξεις φαρμάκων	_____	_____
<input type="radio"/> Ιατρικό ιστορικό, φάκελος νοσηλείας	<input type="radio"/> Αποδείξεις εξετάσεων	_____	_____
<input type="radio"/> Αποτελέσματα εξετάσεων	<input type="radio"/> Αποδείξεις νοσηλείας	_____	_____
<input type="radio"/> IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΗΣ (ευκρινής φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τραπέζης)			

Άλλα δικαιολογητικά και σχόλια ασφαλισμένου: _____

Παρακαλώ όπως τα πρωτότυπα δικαιολογητικά επιστραφούν, μετά την αξιολόγησή τους:

- Σε εμένα Στον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή Σε ειδικά εξουσιοδοτημένο από εμένα πρόσωπο

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ – ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων και των Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθώς και κάθε σχετικού με τη συγκεκριμένη αναγγελία/αίτηση εγγράφου, προκειμένου να αξιολογηθούν οι προϋποθέσεις κάλυψης και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τους όρους της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης.

Ο/Η Αιτών /ούσα

ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

1. Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή και ανακριβή δήλωση, ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.
2. Αναγνωρίζω ότι η Εταιρία ουδεμία ευθύνη φέρει εάν:
 - i. ο δηλωθείς τραπεζικός λογαριασμός δεν είναι στο όνομα του Δικαιούχου της Αποζημίωσης.
 - ii. ο τραπεζικός λογαριασμός είναι κλειστός/ανύπαρκτος/αδρανής.
 - iii. επιβαρυνθώ με έξοδα από την τράπεζα στην οποία τηρείται ο δηλωθείς τραπεζικός λογαριασμός.
3. Εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς ή τα νοσοκομεία/κλινικές ή άλλα ιδρύματα να δώσουν στην ΑΕΓΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ οποιαδήποτε πληροφορία και αντίγραφα των αρχείων τους, σχετικά με την απαίτησή μου.

Ημερομηνία: _____

Παρελήφθη την: _____

Ο/Η παραλαβών/ούσα

Υπογραφή ασφαλισμένου/ης