MetLife

## ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ /ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ : .....

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ..... ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: .....

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ : .....

1. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : .....ΤΗΛ. .....

2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ..... ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

3 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : ..... ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : .....

4. ΠΟΥ & ΠΩΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ) :

.....

.....

.....

5. ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ : ..... (ΝΑΙ/ΟΧΙ)

6. ΠΟΙΟΣ ΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ : π.χ καθηγητής, γονέας, γιατρός κλπ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ .....ΤΗΛ. .....

7. ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΟΝΟΜΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ &ΤΗΛ) : .....

.....

8. ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΤΕ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ : .....

9. ΘΕΡΑΠΩΝ ΓΙΑΤΡΟΣ, εάν είναι διαφορετικός από τον πρώτο γιατρό & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ .....

10. ΔΙΑΓΝΩΣΗ : .....

.....

11. Εάν έγινε νοσηλεία δηλώστε μας το όνομα της Κλινικής/Νοσοκομείο και τις μέρες νοσηλείας :

Κλινική/ Νοσοκομείο : ..... ΑΠΟ : ..... ΜΕΧΡΙ : .....

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού, είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.**

Συμπληρώθηκε από Γονέα/Κηδεμόνα ..... Ημερ. ..... Υπογραφή .....

Υπογραφή Ασφαλισμένου ..... Ημερ. .....

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

- ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ: **30 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.**
- ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΝΤΥΠΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ : **90 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.**

**ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ :**

ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΑΠΑΝΤΗΘΕΙ ΠΛΗΡΩΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΈΝΤΥΠΟ ΕΧΕΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΕΦΟΣΟΝ ΕΓΚΡΙΘΕΙ Η ΑΠΑΙΤΗΣΗ :

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΕΙ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓ/ΣΜΟΣ-IBAN)

.....

Υπογραφή Γονέα η Κηδεμόνα .....

Ημερομηνία .....

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ :

**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 απαίτηση σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε προσκομίσει ή που μπορεί να ζητηθείτε να προσκομίσετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε προσκομίσει ή πιθανόν να προσκομίσετε 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 απαίτησης σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτηση 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 συγκατάθεση σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτηση 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 απαίτηση 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 απαίτηση 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 απαίτηση 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 απαίτηση 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.

1. 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 στηριζόμαστε 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 εξαρτωμένου

.....

Ημερομηνία: .....

MetLife

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

**Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό**

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς : .....Ηλικία :.....

1. Ημερομηνία Ατυχήματος : .....

1α. Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για :

Πρώτη φορά : ..... Τελευταία φορά : ..... Σύνολο εξετάσεων .....

Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε; .....

2. α) Ποια η αιτία του ατυχήματος απ' ότι γνωρίζετε; .....

.....

β) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΝΑΙ, περιγράψτε : .....

.....

γ) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις : .....

.....

δ) Διάγνωση/Ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς) : .....

.....

ε) Θεραπεία που παρασχέθηκε : .....

.....

3. α) Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πελάτης, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΟΧΙ, περιγράψτε : .....

.....

β) Νοσηλεύθηκε στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες : .....

4. Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : ..... Μέχρι : .....

5. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ΟΧΙ, αναφέρατε παρούσα κατάσταση και θεραπεία : .....

.....

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.

Υπογραφή Γιατρού : ..... Ειδικότητα : .....Ημερ. : .....

Ονοματεπώνυμο Γιατρού : .....

Αρ. Συμβολαίου : .....Όνομα Ασφαλ. : .....Υπογρ. Γονέα. .....

**CL4BG**