

- Πρώτη Δήλωση  
 Συνεχιζόμενη Απαίτηση  
 Οριστικό

**ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: ..... ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....  
 ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ: ..... ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΕΩΣ: .....

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....  
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (Δώσατε λεπτομερή στοιχεία) : .....  
 ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ : .....  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : .....  
 E- Mail ..... 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   
 ΑΝ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΣΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΚΟ ΔΥΣΤΗΧΗΜΑ ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΕΧΟΜΕΝΩΝ  
 ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΜΜΕΝΑ:  
 .....  
 .....

**4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ**

ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ : .....  
 ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ : ..... ΗΜ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ : .....  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ : ..... ΤΗΛ. : .....  
 ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΕΚΑ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ : ..... ΜΕΧΡΙ : .....  
 ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ : ΑΠΟ : ..... ΜΕΧΡΙ : .....  
 ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ : .....  
 ΤΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ : .....  
 .....  
 ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΣΚΕΙΤΕ ΕΣΤΩ ΚΑΙ ΜΕΡΙΚΩΣ ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
 ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΤΕ; .....  
 ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ; ΑΝ ΝΑΙ  ΠΟΤΕ; ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : ..... ΟΧΙ   
 ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ; .....

**5. ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : .....

ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΙΔΡΥΜΑ Ή ΤΑΜΕΙΟ;    ΝΑΙ        ΟΧΙ    

ΑΝ ΝΑΙ ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ : .....

ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ Ή ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ;    ΝΑΙ        ΟΧΙ    

ΔΩΣΤΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ : .....

ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ Ή ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΕΠΙΔΙΟΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ;    ΝΑΙ        ΟΧΙ    **6. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ**ΣΥΝΕΧΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;    ΝΑΙ        ΟΧΙ    ΕΠΙΒΛΕΠΕΤΕ ΜΕΡΙΚΩΣ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΑΣ;    ΝΑΙ        ΟΧΙ    

ΑΝ ΟΧΙ, ΤΟΤΕ ΠΟΙΟΣ ΕΠΙΒΛΕΠΕΙ; .....

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ.** Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε Οργανισμό καθώς και όλους τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που έχω επισκεφθεί καθ' οποιονδήποτε χρόνο να παρέχουν στην Εταιρεία Alico και σε εξουσιοδοτημένο εκ πρόσωπο της, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία κατά την έννοια του νόμου 138 (1) 2001, των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων μου από την Alico, με σκοπό την αξιολόγηση της συγκεκριμένης απαίτησης που της υπέβαλα.

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 συγκατάθεσή 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 .....