

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ.
ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Αρ. Συμβολαίου:

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς : Αρ. Ταυτότητας:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου : Ημ. Γέννησης :

Διεύθυνση : Τηλέφωνο :

Επάγγελμα : E- Mail

Ασθένεια / Χειρουργική Επέμβαση :

Περιγραφή συμπτωμάτων :

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; (ακριβής ημερομηνία);

Είχατε παρόμοια συμπτώματα για την ίδια πάθηση προηγουμένως; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

Αναφέρατε τα ονόματα όλων των γιατρών και τις ημερομηνίες που σας εξέτασαν γι' αυτή την πάθηση :

1. Ημερ. : Τηλ.:

2. Ημερ. : Τηλ.:

3. Ημερ. : Τηλ.:

Τι εξετάσεις συνέστησε ο θεράπων ιατρός;

Παρούσα κατάσταση :

Ημερομηνίες παραμονής εντός Νοσοκομείου ή Κλινικής : Από : Μέχρι :

Όνομα Νοσοκομείου ή Κλινικής :

Ανικανότητα για εργασία ένεκα της ασθένειας : Από : Μέχρι :

Ημερομηνία επιστροφής στην εργασία;

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 MetLife 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 MetLife 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 αντίγραφο 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 :