

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΕΛΙΑΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΙ ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ ΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ, ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ, ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ, ΚΛΠ)

Ο/Η υπογράφ..... του, κάτοικος (δ/νση κατοικίας, περιοχή), επάγγελμα (αναλυτικά), με δ/νση εργασίας (οδός, αριθ, περιοχή), τηλέφ επικοινωνίας, κάτοχος του Α.Δ.Τ. με ΑΦΜ ΔΟΥ, Ταμείο Κύριας Ασφάλισης....., Βιβλιάριο Ασθενείας [] ΝΑΙ [] ΟΧΙ, ασφαλισμένος με το υπ'αριθ ασφαλιστήριο συμβόλαιο, υποβάλω έγγραφα προς υπολογισμό αποζημίωσης :

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ [X]

- Για αποζημίωση Εξόδων Νοσοκομειακής Περίθαλψης
 Για αποζημίωση Νοσοκομειακού ή και Χειρουργικού Επιδόματος
 Για αποζημίωση Πρόσκαιρης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα ή Ασθένεια
 Για αποζημίωση Εξόδων Ατυχήματος
 Για αποζημίωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα ή Ασθένεια

Ανάλογα με την αιτούμενη αποζημίωση, παρακαλούμε συμπληρώστε με προσοχή τα παρακάτω στοιχεία:

A. ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Ημερομηνία Ατυχήματος.....ΏραΤόπος.....
 2. Αναφέρατε το όνομα του ιατρού, την ειδικότητα και το τηλέφ. ή του Νοσοκομείου/ Κλινικής που σας περιέθαλψε.....
 3. Περιγράψτε λεπτομερώς το ατύχημα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε:.....

B. ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Αναφέρατε σχετικά με την ασθένειά σας (Φύση και συμπτώματα),,, **και σημειώστε:**

- ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ** στο Νοσοκομείο/ Κλινική
 Ημ. Εισαγωγής Ημ. Εξόδου Θεράπων Ιατρός, ειδικότητα

 ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Αναφέρατε το όνομα του ιατρού, την ειδικότητα και το τηλέφ ή του Νοσοκομείου/ Κλινικής που σας περιέθαλψε,

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Ο υπογραφόμενος δηλώνω υπεύθυνα εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δήλωσης ότι τα ανωτέρω συμπληρωθέντα στοιχεία είναι ακριβή και αληθινά. Επίσης δηλώνω ότι ενημερώθηκα και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την εκ μέρους της ΕΘΝΙΚΗΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. συλλογή, τήρηση σε αρχείο (ηλεκτρονικό ή μη) και επεξεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/97, των προσωπικών δεδομένων, που δηλώνω στα πλαίσια της ανωτέρω ασφαλιστικής σύμβασης και των οποίων δεδομένων αποδέκτες ή/και εκτελούντες την επεξεργασία μπορούν να είναι, εφόσον απαιτηθεί, αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της εκτέλεσης της μεταξύ μας ασφαλιστικής σύμβασης και της ολοκλήρωσης της διαδικασίας αποζημίωσης τα εκάστοτε συνεργαζόμενα νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, ιατροί ελεγκτές, Ενημερώθηκα επίσης, ότι, μετά από εξακρίβωση της ταυτότητάς μου, έχω δικαίωμα πρόσβασης και αντίρρησης σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν.2472/97 και ότι κάθε σχετικό αίτημά μου θα πρέπει να υποβάλλεται εγγράφως προς: ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α., Μονάδα Κανονιστικής Συμμόρφωσης, Λ.Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα .

.....
 Τόπος

.....
 Ημερομηνία

.....
 Υπογραφή Ασφαλισμένου