



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται αναλυτικά, λεπτομερώς και υπογράφεται από τον Ασφαλισμένο. Αποστέλλεται δε στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας εντός 8 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της ασθένειας.

Generali Hellas
Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία

Κεντρικά Γραφεία:
Ηλία Ηλίου 35-37 & Πυθέου
11743 Αθήνα
Τ 210 80 96 400
F 210 80 96 367

Γραφείο Β. Ελλάδος:
Κουντουριώτου 11
54625 Θεσσαλονίκη
Τ 2310 551 144
F 2310 552 282

Μέλος του Ομίλου Generali
εγγεγραμμένη στο Μητρώο
Ασφαλιστικών Ομίλων
Α.Φ.Μ.: 094327684
ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25081/05/Β/91/22
ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 941401000

generaligr

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Αριθμός Ασφαλιστηρίου / ων: _____

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____ Τηλ.: _____

Διεύθυνση εργασίας: _____ Τηλ.: _____

Επάγγελμα: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____

Ασφαλιστικό Ταμείο: _____ Βιβλιάριο υγείας: Ναι Όχι

Άλλη ασφαλιστική εταιρία: _____

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

Ο, Η υπογράφων – ούσα, εξουσιοδοτώ με την παρούσα την GENERALI HELLAS Α.Α.Ε. όπως στο όνομά μου και για λογαριασμό μου καταθέσει στον τραπεζικό μου λογαριασμό, που τηρώ στην τράπεζα _____

με αριθμό IBAN

το ποσό αποζημίωσης κάθε ζημιάς θετικής και αποθετικής που έχω υποστεί από το ζημιογόνο γεγονός που περιγράφεται στην παρούσα δήλωση, και σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου μου.

Στοιχεία Ατυχήματος

Ημερομηνία ατυχήματος: _____ Ωρα.: _____ Τόπος: _____

Λεπτομερής περιγραφή του ατυχήματος, αίτια και συνέπειες:

Πού δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες και ποιός τις έδωσε;

Περιγραφή της Ασθένειας

Αναφέρατε τη μορφή και τα συμπτώματα της ασθένειας: _____

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας; _____

Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά γιατρό για αυτή την ασθένεια; _____

Όνοματεπώνυμο γιατρού: _____ Τηλ.: _____

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα; Ναι Όχι (αναφέρατε λεπτομερώς στο πίσω μέρος)

Πρόσθετες Πληροφορίες για το Ατύχημα ή την Ασθένεια

Νοσοκομείο / Κλινική που νοσηλευτήκατε: _____
Όνοματεπώνυμο γιατρού _____ Τηλ.: _____
Νοσηλεία: από / / έως / / Ελαβε γνώση Αστυνομική Αρχή; Ναι Όχι
(αν ναι, αναφέρατε): _____ Πότε: _____
Δόθηκε αναρρωτική άδεια; Ναι Όχι (από / / έως / /) Συνεχίζεται; _____
Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας; Ναι Όχι
(αν ναι, αναφέρατε από πότε): _____
Ποιές εξετάσεις ή φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία σας συνέστησε ο θεράπων γιατρός σας;

Συνημμένα Δικαιολογητικά

- | | | | |
|---|---|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρική γνωμάτευση | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις γιατρών | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις φαρμάκων | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρική συνταγή | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις εξετάσεων | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό ιστορικό | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις νοσηλείας | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων | | | |

Άλλα δικαιολογητικά (αναφέρατε): _____

Συμπληρωματικές Δηλώσεις του Ασφαλισμένου

Ο υπογράφων, _____ ασφαλισμένος, ή ασφαλισμένος ως εξαρτώμενο μέλος, ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους _____, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών, δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στη δήλωση αυτή και αφορούν στην ασθένεια / ατύχημα της _____, εμένα του ίδιου ή του εξαρτώμενου ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου _____ είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιοσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές, αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης από την Εταιρία.

Η Generali Hellas A.A.E. ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» με έχει ενημερώσει κατά τη σύναψη της ασφάλισης και πριν την υποβολή της παρούσας, προφορικά και με ενημερωτικό φυλλάδιο ότι όλα τα προσωπικά δεδομένα μου / του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους _____ που ήδη έχει συλλέξει με συναίνεσή μου αλλά και όσα περιλαμβάνονται στην παρούσα ή θα δημιουργηθούν στο μέλλον θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας ή και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της.

Ο υπογράφων την παρούσα _____ δηλώνω ότι αποδέχομαι, συναινώ και χορηγώ ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα στην Generali Hellas A.A.E., να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία, αρχείο ή ιστορικό από τους γιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέθαλψαν εμένα / το ανήλικο τέκνο εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την στην παρούσα αναφερόμενη ασφαλιστική περίπτωση, δηλώνω δε ότι αποδέχομαι, συναινώ και παρέχω με την παρούσα την ειδική εντολή στους γιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα εμού του υπογράφοντα / του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους _____ για την στην παρούσα αναφερόμενη ασφαλιστική περίπτωση.

_____ Ημερομηνία

_____ Ημερομηνία Παραλαβής

_____ Υπογραφή Ασφαλισμένου

_____ Παραλήφθηκε από (υπογραφή)