



ΑΠΑΡΤΗΡΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ-ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:
ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΤΜΗΜΑ :
ΤΗΛ. ΣΧΟΛΕΙΟΥ

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

- ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ : ΤΗΛ.....
ΗΜΕΡΟΜ ΓΕΝΝΗΣΗΣ..... ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ..... ΤΗΛ.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ..... ΤΗΛ.....
ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΕΙ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΙΒΑΝ).....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Τ.Κ..... 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 ΕΛΘΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ;.....
ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

- ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ :
.....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΙΑΤΡΟΥ : ΗΜ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ :
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΙΑΤΡΟΥ : ΤΗΛ. :
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΕΚΑ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ : ΜΕΧΡΙ :
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ :
ΤΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ :
.....
ΔΗΛΩΣΤΕ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ
.....
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕΤΑΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ CL4B - ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ:

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

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα

Υπογραφή Μάρτυρα.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία

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 μπορούμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούν τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορούμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορριφτείται.

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 ecd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορούμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορριφτείται. 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 απαίτησή 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 μπορούμε να εξετάσουμε την απαίτησή 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 απαίτησή σας θα απορριφτείται.

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 ced@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεση σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτησή 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.

3. 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 μπορούσαμε να σας παρέχουμε το ωφέλημα σε είδος αν στηρίζομαστε 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 ced@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορούσαμε 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 Γονέα ή Κηδεμόνα

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι, οι πιο πάνω απαντήσεις μου είναι ορθές και αληθινές.

Υπογραφή Διευθυντή και σφραγίδα Σχολείου

Ημερομηνία

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Όνοματεπώνυμο 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' όπi 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. :

Όνοματεπώνυμο Γιατρού :

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