

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ
 ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
 Να συμπληρωθεί από τον Ασφαλισμένο**

Όνομα Ασφαλισμένου:	Ημερομ. γέννησης:	Αρ. Ταυτότητας:
Όνομα Ασθενή:	Ημερομ. γέννησης:	Αρ. Ταυτότητας:
Τηλέφωνο Επικοινωνίας σε περίπτωση που χρειάζονται διευκρινίσεις:	Συγγένεια:	Αρ. Συμβολαίου:
1. Ημερομηνία πρώτων συμπτωμάτων:..... 2. Περιγραφή συμπτωμάτων: 3. Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από την ίδια αιτία, αν ΝΑΙ τότε και ποια φαρμακευτική αγωγή πήρατε; 4. Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον ιατρό σας:..... 5. Σημερινή Πάθηση - Διάγνωση:		

Δήλωση και Συγκατάθεση Ασφαλισμένου – Ασθενή

Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ή ο γονέας του ασθενούς, ή ο κηδεμόνας του ασθενούς. Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στο έντυπο αυτό, είναι εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή.

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ την **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** ή συνεργάτιδα Εταιρεία της, που διαχειρίζεται απαιτήσεις εκ μέρους της **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** όπως αποταθεί σε ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικές εταιρείες, που έχουν κατά καιρούς παρακολουθήσει ή περιθάλψει εμένα ή/και τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα που περιλαμβάνονται στο Ασφαλιστήριό μου, και να συλλέξει τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τη φυσική ή πνευματική μου κατάσταση, ή των Εξαρτωμένων Προσώπων, για τους σκοπούς της απαίτησής μου καθώς και της διαχείρισης, εξυπηρέτησης και εκτέλεσης του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου μέσω του οποίου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από την Εταιρεία.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου να συζητήσει την ασθένεια και/ή την κατάσταση της υγείας μου και/ή τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου με την **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** ή τη Συνεργάτιδα Εταιρεία η οποία διαχειρίζεται τις απαιτήσεις εκ μέρους της **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**.

Συμφωνώ πως αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

Υπογραφή

Ημερομηνία

Επισυνάπτω	
	Έντυπο Ιατρικό Πιστοποιητικό Θεράποντα Ιατρού ή Έκθεση Θεράποντα Ιατρού
	Αποδείξεις πληρωμής του θεράποντα Ιατρού – αναγραφή αριθμού επισκέψεων
	Συνταγή για φάρμακα και Απόδειξη φαρμακείου
	Συνταγή για διαγνωστικές – Απόδειξη για διαγνωστικές – Αποτελέσματα
	Άλλες συνταγές και αποδείξεις
Συνολικό Ποσό που αιτούμαι για αποζημίωση	

ΕΝΤΥΠΟ «ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ»
ΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
Να συμπληρωθεί πλήρως και ορθά από τον θεράποντα ιατρό

Όνομα Ασθενούς:	Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Συμβολαίου:
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Πόσο χρονικό διάστημα παρακολουθείτε τον ασθενή:	
Είναι η πρώτη φορά που λαμβάνει θεραπεία για αυτήν την ασθένεια;	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Αν η απάντηση είναι ΟΧΙ, παρακαλώ σημειώστε λεπτομέρειες του πρώτου επεισοδίου και της θεραπευτικής αγωγής:	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ	
1. <u>Συμπτώματα</u> και <u>ημερομηνία</u> εμφάνισής τους:	
2. Διάγνωση:	
3. Συνταγή – φάρμακα, δοσολογία, περίοδος:	
4. Αν έχουν ζητηθεί, να γίνει Καταγραφή των Εργαστηριακών / Διαγνωστικών εξετάσεων. Παρακαλούμε σημειώστε ότι καλύπτονται διαγνωστικές που έχουν σχέση με τη συμπτωματολογία και διάγνωση.	
5. Αποτελέσματα Διαγνωστικών, αν τυχόν τα έχετε στην κατοχή σας:	
6. Αν θα παραπέμψετε τον ασθενή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:	

Όνομα Ιατρού:

Ειδικότητα:

Υπογραφή και σφραγίδα:

Τηλέφωνο:

Ημερομηνία:

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων
κατά την υποβολή αναγγελίας απαίτησης προς την GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων κατά την υποβολή αναγγελίας απαίτησης προς την GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd

A. Η επεξεργασία και η οποιασδήποτε μορφής χρήση των απλών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ευαίσθητα), όπως υγείας, εθνικής προέλευσης, ποινικών διώξεων και καταδίκων, θα διενεργείται μόνο από την Εταιρεία, ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ή και τον εκτελούντα την επεξεργασία, εφόσον υπάρχει), ο οποίος είναι και αρμόδιος για την ασφάλεια των δεδομένων αυτών και θα περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την επίτευξη των σκοπών για τους οποίους έχω δώσει ρητή συγκατάθεση.

Σε περίπτωση που δεν συναινέσω προς τον σκοπό κατάρτισης σύμβασης ασφάλισης τότε δεν είναι δυνατή η κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης.

B. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα καθώς και οι ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρείας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Όλα τα συστήματα προφυλάσσονται με τα κατάλληλα σύγχρονα οργανωτικά και τεχνικά μέσα.

Γ. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί, συμφωνώ και αποδέχομαι τα απλά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα καθώς και τις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων μου (ευαίσθητα) να διαβιβαστούν

- σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα
- νοσηλευτικά ιδρύματα, συνεργαζόμενους άμεσα ή έμμεσα ιατρούς,
- διαγνωστικά κέντρα, αντασφαλιστικές εταιρείες, εταιρείες παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων, εταιρείες βοήθειας
- δημόσιες αρχές, ερευνητές,
- στον/στην Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή

οι οποίοι ως εκτελούντες την επεξεργασία θα τα επεξεργάζονται για λογαριασμό της Εταιρείας, βάσει της μεταξύ τους σύμβασης. Διαβίβαση προσωπικών δεδομένων από την Εταιρεία προς το εξωτερικό μπορεί να γίνει μόνο βάσει ρητής νομοθετικής υποχρέωσης (π.χ. νομοθεσία για ξέπλυμα χρήματος).

Δ. Η διατήρηση και αποθήκευση σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή των απλών προσωπικών δεδομένων καθώς και των ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων στο πληροφορικό (ηλεκτρονικό ή μη σύστημα) της Εταιρείας θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε εκατέρωθεν αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα.

Ε. Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στον ως άνω Υπεύθυνο Επεξεργασίας για πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή (δικαίωμα στη λήθη) ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν και το δικαίωμα αντίρρησης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στη φορητότητά τους. Τα δικαιώματα αυτά μπορώ να ασκήσω είτε με την αποστολή επιστολής στη διεύθυνση Τ.Θ. 22475, 1522 Λευκωσία (υπόψη Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων), είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dpo@grawe.cy). Απάντηση για την ικανοποίηση του δικαιώματος θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, χωρίς όμως σ' αυτήν την περίπτωση να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που πραγματοποιήθηκε μέχρι την ανάκληση της συγκατάθεσής μου, η οποία ωστόσο (ανάκληση) θα έχει ως αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρείας. Επίσης, ενημερώθηκα ότι διατηρώ πάντα το δικαίωμα να απευθυνθώ στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, το οποίο μπορεί να δεχθεί την υποβολή σχετικών παραπόνων ή και καταγγελίας είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Δνση: Ιάσωνος 1, 1082 Λευκωσία, Κύπρος) είτε σε ηλεκτρονική μορφή (www.dataprotection.gov.cy).

ΣΤ. Τέλος, δηλώνω ότι: α) Έχω λάβει πλήρη γνώση για το είδος, την έκταση, τη χρονική διάρκεια, τον λόγο και την αναγκαιότητα της επεξεργασίας των δεδομένων μου (απλών προσωπικών δεδομένων και ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα) τα οποία είναι απολύτως απαραίτητα για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης και βεβαιώνω ότι είναι όλα αληθή. Διαφορετικά η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να μην αποδεχθεί την πρόταση ασφάλισης οπότε η ασφαλιστική σύμβαση δεν θα καταρτισθεί, β) Τελώ σε πλήρη γνώση των δικαιωμάτων μου ως υποκειμένου των δεδομένων που αναφέρονται στα άρθρα 12 έως και 23 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Δήλωση Συγκατάθεσης

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όσο και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρεία με την επωνυμία GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd ως υπεύθυνου επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679 και της ισχύουσας εθνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ σήμερα, ή έχω γνωστοποιήσει στο παρελθόν, καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του Υπεύθυνου Επεξεργασίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ή συμβάσεις ασφάλισης ή τη διαδικασία κατάρτισής της/τους και γενικότερα στις περιπτώσεις επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου.

Με την παρούσα συγκατατίθεται και εξουσιοδοτώ την Εταιρεία όπως ενημερώνει τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή Κ.....

για οποιοδήποτε θέμα σε σχέση με την παρούσα συμφωνία και την ευρύτερη σχέση μου με την Εταιρεία συμπεριλαμβανομένων και πληροφοριών που ανάγονται σε γενικά και/ή ευαίσθητα δεδομένα.

Η επεξεργασία των προσωπικών και των ευαίσθητων δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί, προς τον σκοπό κατάρτισης και λειτουργίας σύμβασης ή συμβάσεων ασφάλισης:

* Ο οματεπώνυμο Καλυπτόμενου Ασφαλισμένου Προσώπου* (σε περίπτωση ανήλικου θα πρέπει να υπογράψουν οι Γονείς)	Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Διαβατηρίου	Υπογραφή Πελάτη*	Συγκατατίθεται	Δεν Συγκατατίθεται
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐

Τόπος

Ημερομηνία / /

Καλυπτόμενο Προσωπο/Πελάτης* συμπεριλαμβάνει: Συμβαλλόμενο / Προτεινόμενο / Ασφαλισμένο / Εξαρτώμενο.

Για ανήλικο Κυρίως Ασφαλισμένο ή Εξαρτώμενο, κάτω των 16 ετών, η πιο πάνω συγκατάθεση έχει δοθεί ως γονέας/κηδεμόνας.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων για εμπορικούς, στατιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς.

Δήλωση Συγκατάθεσης

Δηλώνω ότι **ενημερώθηκα και συγκατατίθεται** στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρεία με την επωνυμία **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd** ως υπεύθυνο επεξεργασίας σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, της εθνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ σήμερα, ή έχω γνωστοποιήσει **στο παρελθόν**. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου για εμπορικό/ προωθητικό/ στατιστικό/ ερευνητικό σκοπό θα γίνεται για λήψη πληροφοριών σχετικά με την ικανοποίηση ή μη από την παροχή υπηρεσιών, την προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών καθώς και για τη διενέργεια ερευνών και στατιστικών αναλύσεων, με πιθανούς αποδέκτες τις Εταιρείες του Ομίλου, τρίτες διαφημιστικές εταιρείες, εταιρείες που διενεργούν στατιστικές ή άλλες έρευνες και διαμεσολαβούντα πρόσωπα. Τα δεδομένα θα διατηρούνται για όσο χρόνο διαρκεί η ασφαλιστική σύμβαση. Ανά πάσα στιγμή, υπάρχει η δυνατότητα είτε με γραπτή επιστολή (στη διεύθυνση Τ.Θ. 22475, 1522 Λευκωσία) είτε με ηλεκτρονική επιστολή (στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@grawe.cy) προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας να ασκηθούν όλα τα δικαιώματα που προβλέπει ο ως άνω Κανονισμός συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ενημέρωσης και πρόσβασης διόρθωσης διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας φορητότητας εναντίωσης και αντίρρησης ως προς την επεξεργασία.

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί, για εμπορικό, προωθητικό, στατιστικό ή ερευνητικό σκοπό:

Ονοματεπώνυμο Πελάτη*	Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Διαβατηρίου	Υπογραφή Πελάτη*	Συγκατατίθεται	Δεν Συγκατατίθεται
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐

Τόπος

Ημερομηνία / /

Πελάτης* συμπεριλαμβάνει: Συμβαλλόμενο / Προτεινόμενο / Ασφαλισμένο / Εξαρτώμενο.

Για ανήλικο Κυρίως Ασφαλισμένο ή Εξαρτώμενο, κάτω των 16 ετών, η πιο πάνω συγκατάθεση έχει δοθεί ως γονέας/κηδεμόνας.