

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥΠΡΟΣ GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd - **life.claims@grawe.cy**

Όνομα νοσηλευτηρίου Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο νοσηλευθέντος

Αριθμός Ταυτότητας - απαραίτητος Αριθμός Κάρτας Νοσηλείας

Ημερομηνία εισόδου Ώρα εισόδου

Προβλεπόμενη περίοδος παραμονής

Ημερομηνία εξόδου Ώρα εξόδου

Αιτία εισαγωγής - αναφέρατε διάγνωση εισόδου

Αναφέρατε αν η εισαγωγή ήταν ☐ προγραμματισμένη ☐ έκτακτη (επείγουσα)

Καταγράψετε τα συμπτώματα του ασθενούς με όσο μεγαλύτερη λεπτομέρεια μπορείτε

Πότε σας συμβουλευτήκε για πρώτη φορά ο ασθενής; - ακριβής ημερομηνία

Χρονολογία συμπτωμάτων - πότε βίωσε για πρώτη φορά ο ασθενής τα συμπτώματα;

Ονόματα ιατρών που είδε πριν από εσάς για το πρόβλημα υγείας του

1. Ειδικότητα:

2. Ειδικότητα:

Τι θεραπεία θα ακολουθηθεί: ☐ Συντηρητική ☐ Εγχείρηση

Επεξηγήστε δίνοντας λεπτομέρειες

Για να μπορέσει η GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd να σας δώσει απάντηση είναι απαραίτητο να συμπληρωθεί πλήρως η Έκθεση Θεράποντα Ιατρού (συνημμένο έντυπο - σελίδα 2/4) με λεπτομέρεια.

Θεράπων ιατρός Ημερομηνία

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή και συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου, το νοσηλευτή ή/και οποιοδήποτε διαγνωστικό κέντρο να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου, όπως επίσης να παραχωρήσει τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων μου, στην **GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd**.

.....
Ονοματεπώνυμο και υπογραφή κατόχου ασφαλιστηρίου.....
Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ενήλικου ασθενή

ΕΚΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο ιατρού

Όνοματεπώνυμο νοσηλευθέντος

Αριθμός Κάρτας Νοσηλείας.....

Καταγραφή ιατρικού αναμνηστικού όπως σας έχει δηλωθεί από τον ασθενή

Ημερομηνία

Περιγραφή παθήσεων και θεραπείας και ονόματα ιατρών

.....

.....

.....

.....

Ποια είναι η τελική διάγνωση (διάγνωση εξόδου) του ασθενούς;

.....

ICD-10

Παρακαλούμε περιγράψτε με σαφήνεια την θεραπεία που χορηγήθηκε (παθολογικό περιστατικό / επεμβατικό περιστατικό)

.....

.....

.....

.....

.....

Παρακαλούμε καταγράψτε την αναγκαιότητα παραμονής του ασθενούς εντός νοσοκομείου

.....

.....

.....

Καταγράψτε τις διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί και τα αποτελέσματά τους, για να στοιχειοθετήσουν τη θεραπεία (συντηρητική ή χειρουργική) που έχει δοθεί

Αναλύσεις αίματος

Ακτινογραφίες.....

Υπέρηχοι.....

MRIs

CTScans

Άλλα

Παρακαλούμε όπως γίνει ένας υπολογισμός του συνολικού κόστους

Αμοιβή χειρουργού / ιατρού Αμοιβή αναισθησιολόγου

Αμοιβή βοηθού χειρουργού Άλλα ιατρικά έξοδα

Έξοδα νοσηλευτηρίου

DRG

Σύνολο

Δηλώνω ότι είμαι ο θεράπων ιατρός του ασθενή και ότι τα στοιχεία που δίνονται είναι, εξ όσων γνωρίζω, ορθά και αληθινά, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου περί ψευδών δηλώσεων.

Υπογραφή ιατρού

Ημερομηνία

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

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: Ιάσωνας 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 συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την Εταιρεία όπως ενημερώνει τον / την Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή της GRAWE Insurance Company (Cyprus) Ltd ο οποίος με εξυπηρετεί για σκοπό πιο ομαλής και καλύτερης εξέτασης και διεκπεραίωσης της απαίτησης μου που υποβάλλεται διαμέσου του Νοσηλευτηρίου αυτού για οποιοδήποτε θέμα σε σχέση με την παρούσα απαίτηση 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:

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

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 συγκατατίθεμαι** 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@dgrawe.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*	Συγκατατίθεμαι	Δεν Συγκατατίθεμαι
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐
.....			☐	☐

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.