

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ - ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΖΗΜΙΑΣ

Αρ. Συμβολαίου Αρ. Ζημιάς
Ημερ. Αναγγελίας Ασφαλιστής
Καλύψεις
Ημερομηνία Έναρξης Συμβολαίου:
Όνομα Τραυματία / Ασθενούς
Αρ. Ταυτότητας Τραυματία / Ασθενούς

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Ασφαλιζόμενος
Τηλέφωνο οικίας Κινητό τηλέφωνο
Επάγγελμα Ηλικία
Καθημερινά καθήκοντα
Πώς χαρακτηρίζετε τα καθήκοντά σας;
☐ Καθιστικά
☐ Καθιστικά και με επίβλεψη σε εσωτερικούς χώρους
☐ Καθιστικά και με επίβλεψη σε εξωτερικούς χώρους
☐ Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μηχανημάτων (με σταθερή διεύθυνση εργασίας)
☐ Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μηχανημάτων (χωρίς σταθερή διεύθυνση εργασίας)
☐ Ειδικά καθήκοντα (παρακαλώ περιγράψετε, όπως π.χ. χρήση εκρηκτικών, αναρρίχηση, κλπ)

Διεύθυνση εργασίας
..... Τηλ. εργασίας
Εργοδότης ασφαλιζομένου
Είδος εργασίας εργοδότη (ή αυτοεργοδοτούμενου)
.....
Περιγραφή είδους επιχείρησης εργοδότη ή εργοδοτούμενου
.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Ημερομηνία ατυχήματος Ώρα:

Περιγράψτε με λεπτομέρεια πώς ακριβώς συνέβη το ατύχημα:

.....
.....
.....
.....

Πού συνέβη το ατύχημα;

Κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας μου: ☐ Χώρο εργασίας ☐ Εξωτερικό χώρο ☐ Άλλου

Εκτός ωρών εργασίας: ☐ Σπίτι ☐ Εξωτερικό χώρο ☐ Άλλου

Παρόντες στο ατύχημα:

1.

2.

Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος;
(Αν **Ναι**, περιγράψτε)

.....
.....

Αν πρόκειται για τροχαίο ατύχημα παρακαλούμε αναφέρατε:

Εμπλεκόμενο αυτοκίνητο

1: Αρ. Εγγραφής Ασφαλιστική Εταιρεία Όνομα Οδηγού

2: Αρ. Εγγραφής Ασφαλιστική Εταιρεία Όνομα Οδηγού

Υπήρξε αστυνομική παρουσία; ☐ **Ναι** ☐ **Όχι** Αν **Ναι**, επισυνάψτε την Αστυνομική Έκθεση

Ονοματεπώνυμο θεράποντα ιατρού:

Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον ιατρό:

Δόθηκε άδεια από: μέχρι:

Αρχίσατε να εργάζεστε μερικώς και από τότε;

Αν **Όχι**, πότε προβλέπετε ν' αρχίσετε εργασία;

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια ατυχήματα και τραυματισμούς; (περιγράψτε)

.....
.....
.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Ημερομηνία εμφάνισης πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας

Ονοματεπώνυμο ιατρού που επισκεφθήκατε για **πρώτη φορά**

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο ιατρού που σας παρακολουθεί **σήμερα** για το ιατρικό σας πρόβλημα

Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες της πάθησης σας:

Περιγράψτε τα Συμπτώματα

.....
.....

Απο πότε χρονολογούνται; (δώστε ημερομηνία)

Διάγνωση

Διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν για διάγνωση της ιατρικής σας κατάστασης

.....
.....

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή την οποία πήρατε

Παρακαλούμε αναφέρατε κατά πόσο συνεχίζετε να λαμβάνετε τη συγκεκριμένη αγωγή (δώστε λεπτομέρειες):

.....
.....

Σας δόθηκε ιατρική οδηγία για απουσία από την εργασία; Αν **Ναι**, από: μέχρι:
Αρχίσατε να εργάζεστε έστω και μερικώς και από πότε;

Αν **Όχι**, πότε προβλέπετε ν' αρχίσετε εργασία;.....
Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από αυτή την αιτία; Αν **Ναι**, δώστε λεπτομέρειες για το πότε και τη διάρκεια:

Τα τελευταία πέντε χρόνια νοσηλευθήκατε ή συμβουλευθήκατε ιατρό;
Ημερομηνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....
Αιτία.....
Ημερομηνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....
Αιτία.....
Ημερομηνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....
Αιτία.....

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παραμονή σε νοσηλευτήριο
Από Ώρα..... πμ/μμ
Μέχρι Ώρα..... πμ/μμ
Επωνυμία νοσηλευτηρίου
Ονοματεπώνυμο ιατρού που συνέστησε την είσοδό σας:
Ειδικότητα ιατρού

ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω ότι αναγνωρίζω πως, για να εξεταστεί η απαίτηση μου, έχω την υποχρέωση όπως:

- απαντήσω όλες τις ερωτήσεις της Αναγγελίας Ζημιάς πλήρως και με λεπτομέρεια.
- προσκομίσω όλα τα αναγκαία έντυπα και ιατρικά πιστοποιητικά.

Παράλειψη μου να το πράξω πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψη της απαίτησης.

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις, ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ το νοσηλευτήριο ή τους θεράποντες ιατρούς μου, να δώσουν οποιαδήποτε πληροφορία ή/και να συζητήσουν την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου, όπως επίσης να αποστείλουν τα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν σχέση με το ιστορικό της υγείας μου.

Ημερομηνία Υπογραφή Ασφαλιζομένου

Υπογραφή Μάρτυρα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Πρόσκαιρης Ολικής Ανικανότητας ή Ασφάλειας Εισοδήματος είναι απαραίτητο να προσκομίζετε και τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Δήλωση Εργοδότη
3. Δήλωση Εισοδημάτων η οποία να συνοδεύεται από αποδεικτικά στοιχεία
4. Άδειες Ασθενείας
5. Αποτελέσματα Διαγνωστικών Εξετάσεων
6. Δήλωση Ασθενούς και Συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Ιατρικών Εξόδων είναι απαραίτητο να προσκομίζετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Αποτελέσματα τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων όπως π.χ. ακτινογραφιών, μαγνητικών τομογραφιών, αξονικών τομογραφιών, υπερήχων, κλπ
3. Συνταγή φαρμάκων / παραπεμπτικά
4. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραφμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα
5. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Νοσοκομειακού Επιδόματος είναι απαραίτητο να προσκομίζετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Σε περίπτωση νοσηλείας σε κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα, το έντυπο Εξιτήριο Ασθενούς
3. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα της Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης είναι απαραίτητο να προσκομίζετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Αποτελέσματα τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων όπως π.χ. ακτινογραφιών, μαγνητικών τομογραφιών, αξονικών τομογραφιών, υπερήχων, καρδιολογικών εξετάσεων και εργαστηριακών εξετάσεων
3. Αναλυτικά τιμολόγια νοσηλευτηρίου και Ιατρών
4. Ανάλυση της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
5. Τιμολόγια εξειδικευμένων αναλωσίμων, όπου ισχύει
6. Αποτελέσματα βιοψιών, όπου ισχύει
7. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραφμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα
8. Αποτελέσματα και αποδείξεις όλων των προεγχειρητικών εξετάσεων που έγιναν
9. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για το ωφέλημα ΤΟΚΕΤΟΥ της Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης είναι απαραίτητο να προσκομίζετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Βεβαίωση νοσηλευτηρίου για τοκετό
2. Πιστοποιητικό γέννησης
3. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραφμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα.
4. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

**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 (dataprotection@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:

* Ονοματεπώνυμο 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 droldgrawe.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.