

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

ΠΟΤΕ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΙΣΑΧΘΗΚΑΤΕ;

ΆΛΛΕΣ ΑΞΙΩΣΕΙΣ

ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΑΠΟ ΆΛΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ

ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΘΕΙ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Έχω γνώση των συνεπειών των σχετικών Νόμων, όπως και της ασφαλιστικής σύμβασης και πρακτικής, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιέχονται στην παρούσα είναι ακριβή κατά την ημερομηνία υποβολής και αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω τα μέσα απόδειξης του περιεχομένου τους. Δηλώνω δε, ότι θα αποδεχτώ την απόφαση της Εταιρίας για την ευθύνη και τον τρόπο διακανονισμού του δηλούμενου ατυχήματος. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από το Νόμο. Ανέγνωσα με προσοχή και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο της επεξεργασίας που πραγματοποιεί η Εταιρία, αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία της ασφάλισης και ότι η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα εκ μέρους της Εταιρίας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών, έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού φορητότητας και εναντίωσης) και για την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@interlife.gr και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για επεξεργασία των δεδομένων μου.

Παρακαλούμε για την έγκαιρη παράδοση των παρακάτω εγγράφων:

- Βεβαίωση ταμείου
- Βεβαιώσεις εργοδοσίας
- Βεβαίωση νοσοκομείου/κλινικής

Υπογραφή Δικαιούχου

Ημερομηνία