



## Πρόσθετες Πληροφορίες για το Ατύχημα ή την Ασθένεια

Νοσοκομείο / Κλινική που νοσηλευτήκατε: \_\_\_\_\_  
Όνοματεπώνυμο γιατρού \_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_  
Νοσηλεία: από / / έως / / Ελαβε γνώση Αστυνομική Αρχή;  Ναι  Όχι  
(αν ναι, αναφέρατε): \_\_\_\_\_ Πότε: \_\_\_\_\_  
Δόθηκε αναρρωτική άδεια;  Ναι  Όχι (από / / έως / / ) Συνεχίζεται; \_\_\_\_\_  
Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας;  Ναι  Όχι  
(αν ναι, αναφέρατε από πότε): \_\_\_\_\_  
Ποιές εξετάσεις ή φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία σας συνέστησε ο θεράπων γιατρός σας;  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Συνημμένα Δικαιολογητικά

- |   |   |           |   |
|---|---|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρική γνωμάτευση                 | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις γιατρών   | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις φαρμάκων  | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρική συνταγή                    | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις εξετάσεων | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό ιστορικό                   | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις νοσηλείας | αρ. _____ | € |
| <input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων             |   |           |   |

Άλλα δικαιολογητικά (αναφέρατε): \_\_\_\_\_

## Συμπληρωματικές Δηλώσεις του Ασφαλισμένου

Ο υπογράφων, \_\_\_\_\_ ασφαλισμένος, ή ασφαλισμένος ως εξαρτώμενο μέλος, ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους \_\_\_\_\_, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών, δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στη δήλωση αυτή και αφορούν στην ασθένεια / ατύχημα της \_\_\_\_\_, εμένα του ίδιου ή του εξαρτώμενου ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου \_\_\_\_\_ είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιοσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές, αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης από την Εταιρία.

Η Generali Hellas A.A.E. ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» με έχει ενημερώσει κατά τη σύναψη της ασφάλισης και πριν την υποβολή της παρούσας, προφορικά και με ενημερωτικό φυλλάδιο ότι όλα τα προσωπικά δεδομένα μου / του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους \_\_\_\_\_ που ήδη έχει συλλέξει με συναίνεσή μου αλλά και όσα περιλαμβάνονται στην παρούσα ή θα δημιουργηθούν στο μέλλον θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας ή και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της.

Ο υπογράφων την παρούσα \_\_\_\_\_ δηλώνω ότι αποδέχομαι, συναινώ και χορηγώ ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα στην Generali Hellas A.A.E., να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία, αρχείο ή ιστορικό από τους γιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέθαλψαν εμένα / το ανήλικο τέκνο εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την στην παρούσα αναφερόμενη ασφαλιστική περίπτωση, δηλώνω δε ότι αποδέχομαι, συναινώ και παρέχω με την παρούσα την ειδική εντολή στους γιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα εμού του υπογράφοντα / του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους \_\_\_\_\_ για την στην παρούσα αναφερόμενη ασφαλιστική περίπτωση.

\_\_\_\_\_ Ημερομηνία

\_\_\_\_\_ Ημερομηνία Παραλαβής

\_\_\_\_\_ Υπογραφή Ασφαλισμένου

\_\_\_\_\_ Παραλήφθηκε από (υπογραφή)