

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ «.....» ΜΕ ΑΡΙΘΜΟ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ		
ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΠΑΘΗΣΗ	ΠΟΣΟ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ - ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

- **ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ:** α) Πρωτότυπα εξοφλημένα τιμολόγια Νοσοκομείου, αποδείξεις παροχής υπηρεσιών ιατρών, αποδείξεις αποκλειστικών νοσοκόμων (συννοδευόμενες από ιατρική βεβαίωση περί αναγκαιότητάς τους), εισιτήριο - εξιτήριο νοσοκομείου.
β) Με συμμετοχή άλλου φορέα: Πρωτότυπη βεβαίωση φορέα και αντίγραφα των πρωτότυπων δικαιολογητικών.
- **ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ:** Πρωτότυπη απόδειξη ιατρού με αναφορά πάθησης.
- **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:** Πρωτότυπη απόδειξη με το αντίστοιχο παραπεμπτικό (με συμμετοχή ΕΟΠΥΥ απαιτείται αντίγραφο παραπεμπτικού).
- **ΦΑΡΜΑΚΑ:** Πρωτότυπη απόδειξη φαρμακείου με τα κουπόνια αγοράς και συνταγή ιατρού (με συμμετοχή ΕΟΠΥΥ απαιτείται αντίγραφο συνταγολογίου).
- **ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ:** Παραπεμπτικό αρμόδιου ιατρού και πρωτότυπη απόδειξη φυσικοθεραπευτή.
- **ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ:** Βεβαίωση Μαιευτηρίου για το είδος του τοκετού & αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης γέννησης.
- **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ:** Εισιτήριο - Εξιτήριο Νοσοκομείου και πρακτικό χειρουργείου.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Δικαιολογητικά που προέρχονται από χώρα του εξωτερικού, πρέπει να προσκομίζονται θεωρημένα από Ελληνική Προξενική Αρχή και μεταφρασμένα.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Διάβασα και επιβεβαιώνω την ακρίβεια και ορθότητα των παραπάνω δεδομένων μου και ενημερώθηκα ότι για την αξιολόγηση του αιτήματος λήψης ασφαλιστικής αποζημίωσης με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη η παροχή συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) μου με βάση τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Δεδομένων Ε.Ε. 679/2016 και της σχετικής ελληνικής νομοθεσίας.

Υπεύθυνος Επεξεργασίας και Αποδέκτες ή/και Εκτελούντες την Επεξεργασία: Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων μου είναι η ασφαλιστική εταιρία ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» (ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ). Αποδέκτες και Εκτελούντες την επεξεργασία των δεδομένων θα είναι οι συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα συνεργαζόμενα νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα και συνεργαζόμενοι ιατροί. Επίσης αποδέκτες ενδέχεται να είναι συνεργαζόμενοι με την εταιρεία πάροχοι, όπως αντασφαλιστές, εισπρακτορες ή εταιρείες είσπραξης ασφαλιστρών για τις ατομικές ασφαλίσεις ζωής, πραγματογνώμονες, ερευνητές, εταιρείες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, εταιρείες πληροφορικής, εταιρείες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης εντύπων, ενώ μόνο σε περίπτωση παροχής σχετικής ασφαλιστικής κάλυψης εταιρείες παροχής επείγουσας μεταφοράς/αερομεταφοράς /διακομιδής και εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμатуεσης.

Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα μου σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της.

Χρόνος διατήρησης των δεδομένων: Τα προσωπικά μου δεδομένα μέχρι την ολοκλήρωση του σκοπού επεξεργασίας τηρούνται τόσο σε έγχαρτη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που η συμβατική σχέση μου με την ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, τα δεδομένα μου θα τηρούνται για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να επέλθει η παραγραφή των σχετικών αξιώσεων και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται από την φορολογική νομοθεσία, το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και τους συγκεκριμένους κώδικες δεοντολογίας. Επισημαίνεται ότι εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη με την ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας θα τηρούνται δεδομένα μου μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Εξουσιοδοτήσεις: Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τα συνεργαζόμενα Νοσηλεύτριά, τους Ιατρούς του και τους συνεργαζόμενους με την ασφαλιστική εταιρία Ιατρούς, να χορηγούν στην ασφαλιστική μου εταιρία ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» και στη συνεργαζόμενη εταιρία ελεγκτικών υπηρεσιών υγείας όλα τα δεδομένα μου που αφορούν το αίτημα αποζημίωσης και περιέχονται στον Ιατρικό μου φάκελο (ενδεικτικά των Ιατρικών μου εξετάσεων, Ιατρικών γνωματεύσεων, του Ιατρικού μου ιστορικού).

Εξουσιοδοτώ το συνεργάτη Ιατρό της ασφαλιστικής μου εταιρίας να έχει πρόσβαση στα ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα υγείας στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ και στον προσωπικό μου ηλεκτρονικό φάκελο ασφάλισης υγείας του ΕΟΠΥΥ, χρησιμοποιώντας το ΑΜΚΑ μου που είναι και να γνωστοποιήσει αυτά στις αρμόδιες υπηρεσιακές ενότητες της ασφαλιστικής εταιρείας για να γίνουν οι απαραίτητες διαδικασίες ελέγχου, με βάση την ασφαλιστική νομοθεσία και τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου.

Τα δικαιώματά μου: Έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας καθώς και ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Μου γνωστοποιήθηκε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου, θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου και την αδυναμία διεκπεραίωσης όλων των διαδικασιών μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων (Ασφαλιστική Εταιρεία, Διαγνωστικό Κέντρο, Ελεγκτικό Ιατρείο, Νοσηλεύτριο). Για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων μου και για οποιοδήποτε ερώτημα που αφορά προσωπικά δεδομένα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ»:

- με αποστολή e-mail στη διεύθυνση parapona@insurance.nbg.gr, με θέμα GDPR, επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη «GDPR», προς ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λεωφόρος Συγγρού 103-105, 117 45, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr

Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος, εκτός και αν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορείτε να επικοινωνήσετε στο τηλ. **210 90 99777**.

Ενημερώθηκα ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιώματά μου μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr στην ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας: Ιστοσελίδα: www.dpa.gr, Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600, Fax: +30 210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr.

ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι:

- ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η εταιρία «ΑΕΕΓΑ Η ΕΘΝΙΚΗ» και οι συνεργάτες αυτής
- έλαβα γνώση για τα δικαιώματά μου και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου
- αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής μου σύμβασης και ότι η τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα δίνει το δικαίωμα στην ανωτέρω εταιρία να καταγγείλει τη σύμβαση ασφάλισης με άμεση ισχύ
- παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

Δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και Εξουσιοδότηση/Δήλωση Συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την αποδέχομαι.

Ημερομηνία

Υπογραφή Ασφαλισμένου

A) Υπογραφή Ασφαλισμένου/ων

- | | |
|----|---------------|
| 1) | Ονοματεπώνυμο |
| 2) | Ονοματεπώνυμο |
| 3) | Ονοματεπώνυμο |
| 4) | Ονοματεπώνυμο |
| 5) | Ονοματεπώνυμο |

B) Για ανήλικο (Υπογράφουν οι έχοντες τη γονική μέριμνα του ασφαλισμένου)

- | | |
|------------------------------|---------------|
| Ονοματεπώνυμο ανηλίκου/ων 1) | 2) |
| Υπογραφή 1) | Ονοματεπώνυμο |
| Υπογραφή 2) | Ονοματεπώνυμο |