



ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**ΕΔΡΑ: 2nd Floor Block 3 The Oval,
160 Shelbourne Road, Ballsbridge, Dublin 4, Ireland,
ΑΦΜ :996817139, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ**

**Συνεργασία στην Ελλάδα με την Europrotection Brokers A.E.
Πεσμαζόγλου 8, Αθήνα, Τ.Κ.10559, ΑΦΜ: 999843440, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ, Τηλ.: 211 10 36 500**

ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΖΗΜΙΩΝ ΤΗΛ: 211 10 36555

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΖΗΜΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Προσωπικό Ατύχημα DriverCare

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ.....
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ / ΚΙΝΗΤΟ.....

Η σωστή και πλήρης απάντηση των παρακάτω ερωτήσεων βοηθάει στη γρήγορη και αποτελεσματική εξυπηρέτησή σας. Καμία αποζημίωση δεν καταβάλλεται, εάν δεν υπογραφεί από τον ασφαλισμένο η δήλωση αυτή.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΘΟΝΤΑ.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ...../...../.....ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ / ΚΙΝΗΤΟ.....
ΕΡΓΑΣΙΑ / ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ.....

ΕΧΕΤΕ ΚΙ ΑΛΛΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ;.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/...../..... / : :
ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ.....

ΑΙΤΙΑ / ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ
.....
.....
.....

ΠΟΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ;
.....
.....
.....

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΑΣ
.....
.....
.....

Ή ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΣΑΣ ΣΥΣΤΗΣΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ
.....
.....
.....

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΟΝΟΜΑΣΙΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
.....
.....

ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**ΕΔΡΑ: 2nd Floor Block 3 The Oval,
160 Shelbourne Road, Ballsbridge, Dublin 4, Ireland,
ΑΦΜ :996817139, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ**

Συνεργασία στην Ελλάδα με την Europrotection Brokers A.E.

Πεσμαζόγλου 8, Αθήνα, Τ.Κ.10559, ΑΦΜ: 999843440, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ, Τηλ.: 211 10 36 500

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ...../...../..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ...../...../.....

ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΣΑΤΕ Ή ΕΠΙΒΑΙΝΑΤΕ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΒΑΙΝΟΝΤΩΝ.....

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΥΣ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΑΛΛΩΝ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ, ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ Ή ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

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

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΙΑΔΗΜΟΣΙΑ ΑΡΧΗ (ΤΡΟΧΑΙΑ ΚΛΠ) ΕΠΕΝΕΒΕΙ Ή ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ.
(ΕΠΙΣΥΝΑΨΑΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ)

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

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε γιατρό ή οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κλινική, ασφαλιστική εταιρεία, άλλον οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο που γνωρίζει κάτι σχετικό με τα αίτια, τις συνθήκες ή τα αποτελέσματα ή άλλες λεπτομέρειες του ατυχήματος ή της ασθένειας που δήλωσα ή κάτι σχετικό με την παλαιότερη ή σημερινή κατάσταση της υγείας μου, να δώσει στον εκπρόσωπο της Arch (ΑΙΕΥ) όλες τις σχετικές πληροφορίες, καθώς και πληροφορίες για το ιατρικό μου ιστορικό, νοσηλείες σε νοσοκομεία, κλινικές, ιδρύματα, διαγνώσεις, παθήσεις, αποτελέσματα εξετάσεων, κλπ φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης έχει την ίδια ισχύ με το πρωτότυπό της.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Τα παραπάνω στοιχεία είναι τα ελάχιστα απαραίτητα για την αξιολόγηση της απαίτησής σας. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να σας ζητήσει πρόσθετα, αναλυτικά στοιχεία και έγγραφα σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ειλικρινά ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ορθές σε κάθε λεπτομέρεια και συμφωνώ ότι εάν έχω προβεί σε οποιαδήποτε περαιτέρω δήλωση σε σχέση με την πιο πάνω απαίτηση ή σε δόλιες δηλώσεις ή έχω αποκρύψει ή δηλώσει αναληθώς οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, το ασφαλιστήριο θα θεωρείται άκυρο και όλα τα δικαιώματα ανάκτησης αυτού σε σχέση με παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις θα εκπίπτουν. Με την παρούσα εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή νοσοκομεία που εξετάστηκα να παραδώσουν στην εταιρεία ή νόμιμο αντιπρόσωπο της, οποιαδήποτε πληροφορία σε σχέση με την ασθένεια, το ιατρικό ιστορικό, γνωμάτευση, συνταγή ή θεραπεία καθώς και αντίγραφα όλων των ιατρικών αρχείων. Φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης θα θεωρείται ισχύον και έγκυρο όπως το πρωτότυπο.

ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**ΕΔΡΑ: 2nd Floor Block 3 The Oval,
160 Shelbourne Road, Ballsbridge, Dublin 4, Ireland,
ΑΦΜ :996817139, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ**

Συνεργασία στην Ελλάδα με την Europrotection Brokers A.E.

Πεσμαζόγλου 8, Αθήνα, Τ.Κ.10559, ΑΦΜ: 999843440, ΔΟΥ: ΦΑΕΑ, Τηλ.: 211 10 36 500



Πώς χρησιμοποιούμε τις Προσωπικές Πληροφορίες

Σχετικά με την εκτίμηση ασφαλιστικών αξιώσεων, θα συλλέγουμε, χρησιμοποιούμε και γνωστοποιούμε ορισμένες Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με εσάς και κάθε άλλο πρόσωπο με το οποίο σχετίζεται η αξίωση αποζημίωσης. Αυτές θα περιλαμβάνουν Ευαίσθητες Προσωπικές Πληροφορίες που αφορούν, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, την υγεία, την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή κλπ.

Παρακαλούμε να σημειώσετε ότι οι Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με άλλο άτομο πρέπει να παρέχονται μόνο με τη ρητή άδεια του εν λόγω ατόμου να μοιραστείτε μαζί μας τις Προσωπικές Πληροφορίες του/της. Συνεπώς, πριν μας δώσετε Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με ένα άλλο άτομο, πρέπει (εκτός εάν συμφωνήσουμε διαφορετικά) να ενημερώσετε το άτομο αυτό σχετικά με το περιεχόμενο αυτής της Ενημέρωσης και την Πολιτική μας για την Προστασία Ιδιωτικού Απορρήτου και να λάβετε την άδειά του (όπου αυτό είναι δυνατό) για να μοιραστείτε μαζί μας τις Προσωπικές Πληροφορίες του/της.

Όταν συλλέγουμε, χρησιμοποιούμε ή γνωστοποιούμε τις Ευαίσθητες Προσωπικές Πληροφορίες σας, θα το πράττουμε με τη ρητή συγκατάθεσή σας και όπως άλλως επιτρέπεται από το νόμο.

Συγκατάθεση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων (ασφαλιστική διαχείριση)

Υπογράφοντας παρακάτω, δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση Ευαίσθητων Προσωπικών Πληροφοριών (π.χ. για την υγεία μου, την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή μου κλπ.) για σκοπούς ασφαλιστικής διαχείρισης από την Arch (ΑΙΕΥ), τις τυχόν συνδεδεμένες με αυτήν εταιρείες, τους αντασφαλιστές, τους φορείς πρόληψης απάτης και τους τρίτους παρόχους υπηρεσιών όπως καθορίζονται στην Πολιτική για την Προστασία Ιδιωτικού Απορρήτου.

Όταν αναφερόμαστε στον όρο «ασφαλιστική διαχείριση», εννοούμε τη διευθέτηση, εκτίμηση κινδύνου και παροχή συμβολαίων ασφάλισης και αντασφάλισης, τη διαχείριση των συμβολαίων αυτών, την παροχή επικουρικών υπηρεσιών και τη διαχείριση αξιώσεων αποζημίωσης βάσει των εν λόγω συμβολαίων, καθώς και την άσκηση δικαιωμάτων ή τη συμμόρφωση με υποχρεώσεις που σχετίζονται με τα εν λόγω συμβόλαια. Η έννοια αυτή μπορεί να περιλαμβάνει δικαιώματα ή υποχρεώσεις σύμφωνα με την εφαρμοστέα στην εταιρεία μας νομοθεσία.

Εάν δεν δώσετε ή εάν ανακαλέσετε αυτή τη συγκατάθεση, μπορεί να μην είμαστε σε θέση να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες μας ή να αξιολογήσουμε την απαίτηση αποζημίωσής σας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ολογράφως)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Εάν θέλετε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@eurorpotection.gr ή ταχυδρομικώς στη διεύθυνση Europrotection Brokers S.A.Πεσμαζόγλου 8, Αθήνα Τ.Κ. 105 59, υπ' όψιν Τμήματος Αποζημιώσεων.