Έντυπο Απαίτησης Προσωπικών Ατυχημάτων για Μαθητές

ERB ASFALISTIKI

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλούμε διαβάστε τις πιό κάτω οδηγίες με προσοχή

1. Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με κάθε λεπτομέρεια και προσοχή.
2. Θα βασιστούμε στις απαντήσεις αυτές για να εξετάσουμε την απαίτησή σας.
3. Λανθασμένες απαντήσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν το δικαίωμα σας να έχετε έγκυρη απαίτηση.
4. Η συμπλήρωση ή παραλαβή του έντυπου αυτού από την Εταιρεία δεν συνεπάγεται ανάλυψη ευθύνης από την Εταιρεία.
5. Αν υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με την Εταιρεία προτού δώσετε οποιαδήποτε απάντηση.

CLS-F-0203/1
1000-06.2025

1. Αρ. Απαίτησης

Σχολείο

Αρ. Συμβολαίου

Όνομα Μαθητή

Τάξη

Ημερ. Γέννησης

Όνομα Γονέα / Κηδεμόνα

Όνομα γονέα / κηδεμόνα που θα επιθυμείτε να γίνει το έμβασμα
(νοουμένου ότι υφίσταται κάλυψη λαμβανομένου υπόψιν των ορών του ασφαλιστήριου συμβολαίου) – και iban certificate επ' ονόματι του

Διεύθυνση Κατοικίας

Email

Τηλέφωνο

2. Στοιχεία Για το Ατύχημα

Πότε συνέβηκε το ατύχημα

Ημερομηνία

Ώρα

Βρισκόταν στο σχολείο όταν συνέβη το ατύχημα (Ναι / όχι)

Δώστε μια σύντομη περιγραφή του ατυχήματος

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες

1)

2)

Ποιες σωματικές βλάβες υπέστη από το ατύχημα

3. Αν Νοσηλεύθηκε σε Νοσοκομείο ή Κλινική απαντήστε τα ακόλουθα

Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής

Ημερομηνία Εισόδου

Ώρα

Ημερομηνία Εξόδου

Ώρα

4. Έντυπα Ιατρικών Εξόδων που Εσωκλείνωνται

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΡ. ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ	ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ	€

Συμειώστε ότι

1) Αποζημιώνονται μόνο τα έξοδα για τα οποία εσωκλείονται οι πρωτότυπες αποδείξεις και παραπεμπτικά ιατρών (MRI, φυσιοθεραπείες, φάρμακα κτλ)

2) Η ασφαλιστική εταιρεία δεν θα είναι υπεύθυνη για το αφαιρετέο ποσό εκεί όπου προνοείται από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

Υπογραφή Γονέα _____

Παρακαλώ σημειώστε με x όπου ισχύει

Θα ακολουθήσουν επιπρόσθετες αποδείξεις ιατρικών εξόδων και να παραμείνει ανοιχτός ο φάκελος ☐

Δεν θα ακολουθήσουν άλλες ιατρικές αποδείξεις και θα κλείσει ο φάκελος ☐

Δήλωση Διευθυντή / Εκπαιδευτικού (πάντα να σφραγίζεται και να υπογράφεται από το σχολείο)

Δηλώνω ότι το πιο πάνω ατύχημα συνέβηκε κατά την ώρα λειτουργίας του σχολείου ☐

Δηλώνω ότι το πιο πάνω ατύχημα συνέβηκε εκτός ωρών λειτουργίας του σχολείου ☐

Υπογραφή και Σφραγίδα Σχολείου

_____

Συγκατάθεση Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σκοπός συλλογής και επεξεργασίας

Η ERB ASFALISTIKI LIMITED («ERB ASFALISTIKI»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες της, στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση της Πρότασης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλίστρων, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτά τα δεδομένα θα διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας των δεδομένων. Η EPB ASFALISTIKI λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση επαρκούς προστασίας των δεδομένων. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.

Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της ERB ASFALISTIKI

Η ERB ASFALISTIKI όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της ERB ASFALISTIKI την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα www.cnpasfalistiki.com περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά.

Κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα:

- Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης,
- Πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών,
- Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας,
- Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας και των εφαρμογών λογισμικού (apps),
- Πληροφορίες τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την ERB ASFALISTIKI,
- Πληροφορίες κατά πόσο βαρύνεστε από προηγούμενες καταδίκες σχετικά με την χρήση του μηχανοκίνητου σας οχήματος, ή αν εκκρεμεί δικαστική διαδικασία εναντίον σας,
- Ασφαλιστικό ιστορικό,

Ανάκληση συγκατάθεσης

Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Ακροπόλεως 17, Στρόβολος, 2006 Λευκωσία, ΤΘ 25218, 1307 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@cnpcyprus.com. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσης σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.

Δήλωση συγκατάθεσης

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την ERB ASFALISTIKI LIMITED και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.

Ονοματεπώνυμο Γονέα

_____

Υπογραφή Γονέα

_____

Ημερομηνία

_____