

Αίτηση Αποζημίωσης Δαπανών Περίθαλψης

A. Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ονοματεπώνυμο Υπαλλήλου.....
Ονοματεπώνυμο Παθόντος.....
Αριθμός Ασφαλιστηρίου.....
Επωνυμία Συμβαλλόμενου.....
Φύση Ατυχήματος – Ασθενείας (περιγραφή).....

B. Συνημμένα Δικαιολογητικά (Βάλτε x στα προσκομιζόμενα)

- ☐ Αναλυτική Ιατρική Γνωμάτευση
- ☐ Παραπεμπτικό ιατρού για εργαστηριακές εξετάσεις
- ☐ Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων
- ☐ Συνταγολόγιο Φαρμάκων
- ☐ Πρωτότυπες εξοφλημένες αποδείξεις
- ☐ Απόδειξη Φαρμακείου με επικολλημένα τα κουπόνια φαρμάκων
- ☐ Ακτινογραφίες
- ☐ Μόνο για Νοσηλεία: Εισιτήριο – Εξιτήριο, φύλλο νοσηλείας, ιατρικό ιστορικό
- ☐ Μόνο για Απώλεια Εισοδήματος : Αδειες ασφαλιστικού φορέα (ΙΚΑ, ΤΣΜΕΔΕ κλπ)
- ☐ Σε περίπτωση αποζημίωσης από άλλο ασφαλιστικό φορέα:
Πρωτότυπη βεβαίωση προς Οικονομική Εφορία και αντίγραφα πρωτότυπων αποδείξεων

Γ. Αποδείξεις προς Αποζημίωση :

	Αριθμός	Συνολικά Ποσά	Εκπιπτόμενο ποσό (*)	% (*)	Αποδιδόμενο
Νοσοκοκομειακά Εξοδα					
Ιατρικές Επισκέψεις					
Εργαστηριακά					
Φάρμακα					

Οι στήλες με τον (*) συμπληρώνονται **ΜΟΝΟ** από το Τμήμα Αποζημιώσεων Ομαδικών Ασφαλίσεων της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης/...../.....

Ο/Η Αιτ.....
(Ονοματεπώνυμο ολογράφως)

Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ', 104 42 Αθήνα, Τηλ. 2106905500

Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων: Τηλ. 2106999999, email: customercontact@allianz.gr

Σκοπός Επεξεργασίας:

- Η διεκπεραίωση, εκκαθάριση και εξόφληση του αιτήματος αποζημίωσης που υποβάλλεται με το παρόν έντυπο.
- Η εκτέλεση και διαχείριση του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, το οποίο έχει συνάψει ο Συμβαλλόμενος μας (π.χ. Εργοδότης, Σύλλογος), και η εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη αυτού.
- Συμμόρφωση της εταιρείας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την νομοθεσία
- Νόμιμα συμφέροντα της εταιρείας μας, όπως για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης περιπτώσεων απάτης.

Αποδέκτες Δεδομένων:

- Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία
- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία εκτελούν την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων κατ' εντολή του Υπευθύνου Επεξεργασίας, παρέχοντας τα απαιτούμενα εχέγγυα για την σύννομη επεξεργασία τους, για τη διαχείριση του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένης της διεκπεραίωσης αιτημάτων αποζημίωσης, στο βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο.
- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.
- Εταιρείες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων.
- Ο Συμβαλλόμενος, στο πλαίσιο εκπλήρωσης των όρων του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες της – αποδέκτες προσωπικών δεδομένων για την προστασία των δεδομένων.

Χρονικό Διάστημα Διατήρησης: Το απαιτούμενο για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την συμπλήρωση του νόμιμου χρόνου παραγραφής σχετικών αξιώσεων και την συμμόρφωσή με νόμιμες υποχρεώσεις της εταιρείας μας.

Δικαιώματα που αφορούν τα προσωπικά δεδομένα: Το Υποκείμενο των Δεδομένων δικαιούται πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού, εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που το αφορούν και μπορεί να τα ασκήσει υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην εταιρεία μας.

Ανάκληση συγκατάθεσης: Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε. Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την αδυναμία της Allianz να σας παρέχει τις καλύψεις και τις υπηρεσίες που προβλέπονται στο Ομαδικό Ασφαλιστήριό, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα που είναι αναγκαία για να σας παρέχουμε τις εν λόγω υπηρεσίες και καλύψεις. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα προηγούμενων πράξεων επεξεργασίας.

Ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων: Εφαρμόζουμε σύγχρονα και κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ασφάλειας κατά την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, τα οποία ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την εξασφάλιση της επάρκειας και της αποτελεσματικής λειτουργίας αυτών.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση περιστατικού απώλειας των προσωπικών δεδομένων σας, θα σας ενημερώσουμε, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση κάποιου παραπόνου σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Η παρούσα ενημέρωση παρέχεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων και την σχετική νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων.

Δήλωση Συγκατάθεσης:

Εμείς, η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε τα δεδομένα της υγείας σας για τη διεκπεραίωση, εκκαθάριση και καταβολή του ασφαλισματος. Εάν δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, δυστυχώς δεν θα είναι δυνατόν να διεκπεραιώσουμε το αίτημα αποζημίωσης που υποβάλετε.

Κατανώ, συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου, για τον εαυτό μου ή για το ανήλικο εξαρτώμενο μέλος, του οποίου ασκώ την επιμέλεια ή/και τη γονική μέριμνα, με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου:

1. Άδεια συλλογής, αποθήκευσης και χρήσης δεδομένων υγείας μου. Μπορείτε να συλλέξετε, να αποθηκεύσετε και να επεξεργαστείτε τα δεδομένα υγείας μου, τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο και στα συνημμένα δικαιολογητικά, για τους σκοπούς διεκπεραίωσης του αιτήματος αποζημίωσης και την εξυπηρέτηση του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

2. Άδεια συλλογής δεδομένων από τρίτους. Μπορείτε να συλλέξετε τα δεδομένα υγείας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, αποκλειστικά και μόνο για τη διεκπεραίωση του παρόντος αιτήματος αποζημίωσης και τη διαχείριση και την εξυπηρέτηση του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, από το Συμβαλλόμενο, από συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς παροχής ή/και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και δημόσιες αρχές, στο βαθμό που αυτό δεν αντίκειται στην ισχύουσα νομοθεσία. Συμφωνώ να αποδεσμεύσω όλα τα προαναφερόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. από τις αντίστοιχες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τα δεδομένα υγείας μου που απαιτούνται να διαμοιραστούν και να τύχουν επεξεργασίας.

3. Άδεια διαμοιρασμού των δεδομένων μου εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. Μπορείτε να διαμοιράζετε τα δεδομένα υγείας μου, με τον Συμβαλλόμενο, σε εκτέλεση των όρων του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου, καθώς και με αντασφαλιστές και με συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα για να τα επεξεργαστούν στον ίδιο βαθμό και για τους ίδιους σκοπούς με την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.

☐ Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

☐ Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

Εάν επιθυμώ την ανάκληση της συγκατάθεσής μου, μπορώ να επικοινωνήσω στο τηλέφωνο 2106999999, ή να αποστείλω σχετικό αίτημά στο e-mail: customercontact@allianz.gr

Ενημερώθηκα και κατανόησα πλήρως ότι μπορώ να μάθω περισσότερα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων μου και των σχετικών με αυτά δικαιωμάτων μου στην εταιρική ιστοσελίδα της Allianz Ελλάδος, www.allianz.gr στην ενότητα για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων από την Εταιρία και δήλωσα την προτίμησή μου στις σχετικές συγκαταθέσεις.

Ονοματεπώνυμο.....

ΑΦΜ ή ΑΔΤ.....

Ημερομηνία & υπογραφή