

Αριθμός Συμβολαίου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Ημ. Γέννησης: ___ | ___ | ___

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

E-mail:

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Χώρα και τόπος που συνέβη το συμβάν:

Ημερομηνία: __ | __ | ____

Ώρα : __ : __ : __

Επικοινωνήσατε με τη Γραμμή Υγείας 1010; Ναι Όχι

Ημερομηνία επικοινωνίας: __ | __ | ____

Δώστε λεπτομερή περιγραφή του περιστατικού:

Υπάρχουν άλλα, εν ισχύ, Ασφαλιστήρια συμβόλαια που αφορούν το συγκεκριμένο συμβάν; Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

E-mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

Ημερομηνία εξόφλησης ταξιδιού	Ημερομηνία Αναχώρησης	Ημερομηνία Ακύρωσης	Διάρκεια ταξιδιού
.....

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Σημειώστε τα δικαιολογητικά που επισυνάπτετε.

- Αντίγραφο αεροπορικού εισιτηρίου/ιατρική γνωμάτευση/έκθεση από γιατρό ή νοσοκομείο ή ιατρικό κέντρο
- Πρωτότυπα τιμολόγια και αποδείξεις ιατρικών υπηρεσιών & αγοράς φαρμάκων
- Εισιτήριο-εξιτήριο νοσοκομείου
- Πιστοποιητικό θανάτου
- Γραπτή δήλωση από αεροπορική εταιρία για επιβεβαίωση απώλειας, κλοπή ή καταστροφής αποσκευής (Property Irregularity Report)
- Γραπτή επιβεβαίωση συμβάντος & τυχόν αποζημίωσης από τον επίσημο μεταφορέα
- Αντίγραφο γραπτής καταγγελίας στις τοπικές αστυνομικές αρχές (μόνο για κλοπή)
- Επίσημο έγγραφο από την αεροπορική εταιρία για καθυστέρηση πτήσης
- Επίσημο έγγραφο που να αποδεικνύει το προγραμματισμένο ταξίδι (check-in)
- Πρωτότυπες αποδείξεις γευμάτων, αναψυκτικών & ποτών, μεταφοράς από και προς το αεροδρόμιο, διαμονής σε ξενοδοχείο
- Εκθέσεις Πυροσβεστικής ή Αστυνομίας σε περίπτωση καταστροφής οικίας ή επαγγελματικής στέγης
- Πρωτότυπο εισιτήριο επαναμετάβασης στον τόπο ταξιδιού (εντός 8 ημερών)
- Πρωτότυπες αποδείξεις προπληρωμένων δραστηριοτήτων στο ταξίδι (εκδρομές, events)
- Άλλα παραστατικά

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Δηλώνω ότι:

- Έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των ΔΠΧ (απλά δεδομένα) και ΕΚΔΠΧ (πρώην ευαίσθητα), που πραγματοποιεί η Εταιρία με την επωνυμία, «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» με Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 001026501000.
- Έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των ΕΚΔΠΧ (πρώην ευαίσθητα) που περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και με τη λειτουργία της.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ είναι απολύτως αναγκαία για την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην παραπάνω Εταιρία το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση ασφάλισης, με άμεση ισχύ.
- Ενημερώθηκα ότι διατηρώ ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα να την ανακαλέσω, αποστέλλοντας email στον Υπεύθυνο Προστασίας προσωπικών δεδομένων dpo@intermarican.gr.

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ:

..... Παρέχω τη συγκατάθεσή μου ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Α΄ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ:

..... Παρέχω τη συγκατάθεσή μου ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Β΄ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ:

..... Παρέχω τη συγκατάθεσή μου ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος:

(α) Είναι ανήλικος: Υπογράφουν οι ασκούντες την γονική μέριμνα, (β) Έχει τεθεί σε Δικαστική Συμπαράσταση:

Υπογράφει ο Δικαστικός Συμπαραστάτης