



HealthWatch

Together. Safe. Everywhere.

Tel: **+357 24022713** & **+35724030354** Email: **starrclaims@healthwatch.gr**

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΑΡΤΑΣ

Όνομα		
Επίθετο		
Ημερομηνία Γέννησης		
Τράπεζα/τύπος κάρτας & 4 τελευταία ψηφία		
Τηλέφωνο κινητό		
Email address		
Ταχυδρομική διεύθυνση/Τ.Κ.		
Έχετε άλλη ασφάλεια στη κατοχή σας?		

Για βοήθεια έκτακτης ανάγκης ενώ βρίσκεστε στο ταξίδι σας, παρακαλούμε τηλεφωνήστε HWA Assistance, οι γραμμές είναι ανοιχτές 24 ώρες την ημέρα. Τηλ: +357 24022713 & +35724030354. Email: assistance@healthwatch.gr

Χρησιμοποιήστε αυτήν τη φόρμα για να μας δώσετε μια αρχική αναγγελία για τις μη επείγουσες αξιώσεις σας. Το τμήμα ζημιών Healthwatch είναι ανοιχτό από Δευτέρα έως Παρασκευή, 9 π.μ. έως 5 μ.μ. στους παραπάνω αριθμούς τηλεφώνου. Email starrclaims@healthwatch.gr

Παρακαλούμε δώστε μας όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείτε σε αυτό το στάδιο για να μας βοηθήσετε να απαντήσουμε σε εσάς το συντομότερο δυνατό. Με την παραλαβή αυτής της φόρμας θα καταγράψουμε το αίτημά σας και θα επικοινωνήσουμε μαζί σας εντός 5 εργάσιμων ημερών (Δευτέρα έως Παρασκευή) με μια συγκεκριμένη φόρμα για τυχόν πρόσθετες πληροφορίες που θα χρειαστούμε προκειμένου να διαχειριστούμε την απαίτηση σας. Λάβετε υπόψη ότι η HWA ενεργεί ως εταιρεία διαχείρισης ζημιών, αποζημιώσεων και βοήθειας και διορίζονται από τον Ασφαλιστή.



HealthWatch

Together. Safe. Everywhere.

Tel: **+357 24022713** & **+35724030354** Email: **starrclaims@healthwatch.gr**

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ- ΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΟΣΑ

Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα για να δώσετε καθοδήγηση σχετικά με τις ενότητες στις οποίες διεκδικείτε και για να σας βοηθήσει να γνωρίζετε σε ποιο μέρος της διατύπωσης πρέπει να αναφερθείτε και ποια έγγραφα θα χρειαστούν.

1a	Ακύρωση ταξιδιού (Ιδιοκτήτης κάρτας)	€
1b	Επίσπευση ταξιδιού	€
2	Ατύχημα	€
3a	Ιατρικά έξοδα στο εξωτερικό	€
3b	Ημερήσιο επίδομα νοσοκομειακό	€
4a *	Βαλίτσα & Προσωπικά αντικείμενα (κλοπή/ απώλεια η/και ζημιά)	€
4b *	Καθυστερήση άφιξης αποσκευών (ιδιόκτητη κάρτας)	€
5a	Μετρητά/χρήματα (κλοπή η/και καταστροφή)	€
5b	Αντικατάσταση ταυτότητας/διαβατηρίου	€
6a *	Καθυστερημένη αναχώρηση	€
6b *	Εγκατάλειψη ταξιδιού	€
6c *	Απώλεια συνδεδεμένης πτήσης (στη διάρκεια ταξιδιού)	€
7/8	Αστική ευθύνη/νομικά έξοδα. (τρίτου μέρους αποζημίωση?	€
10	Καταστροφή/απώλεια επαγγελματικών εγγράφων	€
13	Απώλεια η κλοπή κλειδιών σπιτιού	€
14	Ασφάλεια αγορών	€



HealthWatch

Together. Safe. Everywhere.

Tel: **+357 24022713** & **+35724030354** Email: **starrclaims@healthwatch.gr**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ Ή ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πείτε μας όσο περισσότερα μπορείτε για τις συνθήκες της αξίωσής σας. Αναφέρετε επίσης τυχόν έγγραφα, αποδείξεις ή αναφορές που έχετε επισυνάψει με αυτήν τη φόρμα. Συνεχίστε ένα ξεχωριστό φύλλο εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο. Εάν διεκδικείτε για άλλα άτομα, αναφέρετε τα ονόματά τους και τη σχέση τους μαζί σας, εάν δεν περιλαμβάνονται στο συμβόλαιο σας.

Δήλωση:

Δηλώνω , γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου ότι:

- Δεν κατέχω καμία άλλη ασφάλιση για να διεκδικήσω αποζημίωση για αυτό το περιστατικό.
- Τα εισιτήρια μου αγοράστηκαν με την κάρτα μου της Τράπεζας Κύπρου.
- Ότι τουλάχιστον το 50% του ποσού για ταξίδι έχει προπληρωθεί με πιστωτική κάρτα ασφαλισμένη από την BOC, όπως ορίζεται μέσα στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Το/τα άτομο/α για τα οποία ζητάω αποζημίωση είναι μέλη της οικογενείας , όπως αυτό περιγράφεται στους όρους του συμβολαίου μου.

Κατανόω ότι τυχόν δόλιες αξιώσεις μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη λήψη νομικών μέτρων και την άμεση ακύρωση της κάλυψης. Εάν υποβάλω οποιαδήποτε πληροφορία για λογαριασμό τρίτων, επιβεβαιώνω ότι το κάνω με τη γνώση και την άδειά τους. Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που εμφανίζονται σε αυτό το έντυπο και οποιαδήποτε συνοδευτική τεκμηρίωση είναι αληθείς και ορθές και συναινώ στη χρήση τους για τους σκοπούς αυτής της πιθανής αξίωσης. Δηλώνω επίσης ότι συμφωνώ να δεσμευομαι από τους όρους, τις προϋποθέσεις και τις εξαιρέσεις που αναφέρονται στη διατύπωση της πολιτικής που μου έχει εκδοθεί.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:



HealthWatch

Together. Safe. Everywhere.

Tel: **+357 24022713** & **+35724030354** Email: **starrclaims@healthwatch.gr**

ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679, απαιτούμε τη συγκατάθεσή σας για την αποδέσμευση προσωπικών πληροφοριών που σχετίζονται με τον Ασφαλισμένο σε εμάς και στους ταξιδιωτικούς σας ασφαλιστές, για λογαριασμό των οποίων ενεργούμε ως Πράκτορας. Ως εκ τούτου, θα ήμασταν ευγνώμονες εάν συμπληρώσατε, υπογράψετε και επιστρέψετε το συνημμένο έντυπο το συντομότερο δυνατό είτε στην παραπάνω διεύθυνση φαξ ή email. Λάβετε υπόψη ότι μοιραζόμαστε προσωπικές πληροφορίες με πράκτορες τρίτων για σκοπούς ελέγχου και προκειμένου να ολοκληρώσουμε την εργασία μας ως ασφαλιστική βοήθεια και ΤΡΑ. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Πρόσβασης στον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679, κατανοώ ότι τα θεσμοθετημένα δικαιώματά μου βάσει αυτού του Νόμου μου δίνουν το δικαίωμα:

- I. Παρακρατώ τη συγκατάθεσή μου
- II. Ζητήσω να διαγράψετε όλα τα Δεδομένα μου
- III. Ζητήσω να τροποποιήσετε τα δεδομένα μου
- IV. Ζητήσω πρόσβαση στα Δεδομένα μου
- V. Ζητήσω τη μεταφορά των δεδομένων μου σε άλλο άτομο ή εταιρεία Τα δεδομένα θα έχουν διατηρηθεί και χρησιμοποιηθεί μόνο και αυστηρά για τη διαχείριση των απαιτήσεων και των απαιτούμενων υπηρεσιών βοήθειας και όχι για οποιονδήποτε άλλο λόγο έως 7 έτη κατ' ανώτατο όριο.

Συμφωνώ ότι ένα αντίγραφο αυτής της συγκατάθεσης θα έχει την ισχύ του πρωτοτύπου. Γιατί σας ζητάμε να υπογράψετε αυτό το έντυπο; Υπάρχουν διάφοροι πιθανοί λόγοι για τους οποίους σας στείλαμε αυτήν τη φόρμα για υπογραφή. Αυτά αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω, μαζί με τον σκοπό για τον οποίο ενδέχεται να τεθούν τα προσωπικά σας στοιχεία σε κάθε περίπτωση. 1) Στη συνέχεια, αυτές οι πληροφορίες μπορούν να διαβιβαστούν στους ασφαλιστές σας για τον προσδιορισμό της καταλληλότητάς σας για παροχές βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ταξιδιού σας. Προσωπικές πληροφορίες ενδέχεται επίσης να διατίθενται στους Αναδόχους αναδρομικά για να επιτραπεί η αξιολόγηση ή ο διακανονισμός της απαίτησής σας. Επιπλέον, αυτή η συγκατάθεση θα μας επιτρέψει να διαβιβάσουμε λεπτομέρειες της απαίτησής σας στις Ταξιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες εάν ζητήσουν τέτοιες πληροφορίες κατά την πορεία ή τη διευθέτηση της απαίτησής σας. Πρέπει να υπογράψετε; Τα περισσότερα συμβόλαια ταξιδιωτικής ασφάλισης απαιτούν από εσάς να επιτρέψετε στο Τμήμα Απαιτήσεων και στους Ασφαλιστές να έχουν πρόσβαση στα προσωπικά σας δεδομένα. Εάν αποφασίσετε να μην υπογράψετε αυτήν τη συγκατάθεση, θα παραπέμψουμε την περίπτωση σας στους Ταξιδιωτικούς Ασφαλιστές σας, ώστε να μπορέσουν να αξιολογήσουν το δικαίωμά σας για παροχές βάσει του ασφαλιστηρίου, ελλείψει απαιτούμενων πληροφοριών. Εάν οι Ασφαλιστές σταματήσουν να σας καλύπτουν, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να συνεχίσουμε να παρέχουμε Βοήθεια.

Υπογραφή :

Ημερομηνία: