

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΤΟΧΟΥ ΚΑΡΤΑΣ

<b>Όνομα</b>		
<b>Επίθετο</b>		
<b>Ημερομηνία γέννησης</b>		
<b>Αριθμός ταυτότητας/Διαβατηρίου</b>		
<b>Αρ. Τηλεφώνου εργασίας</b>		
<b>Αρ. Τηλεφώνου οικίας</b>		
<b>Αρ. Κινητού τηλεφώνου</b>		
<b>Email/Ηλ. Διεύθυνση</b>		
<b>Διεύθυνση κατοικίας</b>		
<b>Ταχ. Κώδικας</b>		

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΟΧΟΥ

<b>Τράπεζα</b>	
<b>Αρ. Κάρτας (8 πρώτα ψηφία <b>ΜΟΝΟ</b>)</b>	
<b>Τύπος κάρτας ( ΧΡΥΣΗ, BUSINESS, κτλ).</b>	
<b>Σχέση αναγγέλλοντος/κατόχου</b>	

Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.



Tel: **+357 22 051985** 24/7 alarm line, **+302313084513**

Email: [starrclaims@healthwatch.gr](mailto:starrclaims@healthwatch.gr)

### ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

<i>Ημ. Συμβάντος</i>	
<i>Ημ. Έκδοσης εισιτηρίων</i>	
<i>Ημ. Αναγγελίας στην HWA S.A</i>	
<i>Ημ. Αναχώρησης από την χώρα κατοικίας</i>	
<i>Ημ. Επιστροφής στην χώρα κατοικίας</i>	
<i>Προορισμός ( Χώρα/πόλη)</i>	
<i>Αερομεταφορέας</i>	
<i>Αρ. Ατόμων που συνταξιδεύουν</i>	
<i>Έχετε ενημερωθεί για τα δικαιώματά σας σχετικά με τις αερομεταφορές ?</i>	<b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>

Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ - ΠΟΣΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΙ**

1a	<i>Ακύρωση ταξιδιού ( Κάτοχος κάρτας)</i>	€
1b	<i>Επίσπευση επιστροφής (Κάτοχος Κάρτας)</i>	€
2	<i>Προσωπικό ατύχημα</i>	€
3a	<i>Ιατρικά έξοδα στην χώρα προορισμού</i>	€
3b	<i>Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας στην χώρα προορισμού</i>	€
4a	<i>Βαλίτσες και προσωπικά αντικείμενα ( κλοπή, απώλεια ή/και καταστροφή)</i>	€
4b	<i>Καθυστέρηση παραλαβής αποσκευών (Κατόχου)</i>	€
5a	<i>Χρήματα (Κλοπή ή/και απώλεια)</i>	€
5b	<i>Έξοδα αντικατάστασης ταυτότητας/διαβατηρίου στη χώρα προορισμού.</i>	€
6a	<i>Καθυστερημένη αναχώρηση</i>	€
6b	<i>Εγκατάλειψη ταξιδιού</i>	€
6c	<i>Απώλεια συνδεδεμένης πτήσης</i>	€
7/8	<i>Αστική ευθύνη /νομικά έξοδα</i>	€
10	<i>Αντικατάσταση επαγγελματικών εγγράφων</i>	€
13	<i>Απώλεια ή κλοπή κλειδιών κατοικίας</i>	€
14	<i>Αγορά ασφάλειας προστασίας</i>	€
	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ</b>	€

Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.



Tel: **+357 22 051985** 24/7 alarm line, **+302313084513**

Email: [starrclaims@healthwatch.gr](mailto:starrclaims@healthwatch.gr)

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Η΄ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

### **ΒΕΒΑΙΩΣΗ:**

Βεβαιώνω ότι δεν έχω αιτηθεί αποζημίωση από άλλη ασφαλιστική εταιρεία και ότι οποιαδήποτε απόπειρα εξαπάτησης μπορεί να προκαλέσει νομικές διαδικασίες και άμεση ακύρωση της κάλυψης. Χωρίς καμία άλλη απαίτηση από την τράπεζα, αντιλαμβάνομαι ότι η τράπεζα μπορεί να ακυρώσει την κάρτα σε οποιαδήποτε απόπειρα εξαπάτησής ή μη σωστής ερμηνείας των λεγομένων ή όρων ή απόκρυψης στοιχείων ή γεγονότων. Εάν ενεργώ εκ μέρους άλλων βεβαιώνω ότι γίνεται εν γνώση τους και με την άδειά τους. Βεβαιώνω ότι όσα συμπληρώθηκαν σε αυτό το έντυπο και όσα έγγραφα έχω επισυνάψει είναι ορθά και αληθή και έχω την εξουσιοδότηση να τα χρησιμοποιήσω για τους σκοπούς πιθανής αναγγελίας ζημίας.

Πλήρες όνομα κατόχου κάρτας

Υπογραφή Κατόχου κάρτας

Ημερομηνία:

Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.



Tel: **+357 22 051985** 24/7 alarm line, **+302313084513**

Email: [starrclaims@healthwatch.gr](mailto:starrclaims@healthwatch.gr)

## Σημείωση απορρήτου:

Αυτή η Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων θα πρέπει να διαβαστεί μαζί με την πλήρη Δήλωση Απορρήτου της Τράπεζάς σας. Παρέχοντας τα στοιχεία σας, συναινείτε στη χρήση των δεδομένων και των πληροφοριών σας όπως περιγράφεται παραπάνω και στην πλήρη Δήλωση Απορρήτου και την πολιτική **cookies** της Τράπεζάς σας.

### Προσωπικές πληροφορίες:

Κατά την παροχή των υπηρεσιών μας, ενδέχεται να χειριστούμε τα προσωπικά σας στοιχεία, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία όπως ιατρικές πληροφορίες. Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι μας εμπιστεύεστε να διατηρήσουμε αυτές τις πληροφορίες εμπιστευτικές και γι' αυτό προσπαθούμε να τηρούμε τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων που αναφέρονται στις οδηγίες ιατρικού απορρήτου που εκδίδονται από επαγγελματικούς φορείς.

### Διασφάλιση πληροφοριών:

Δεσμευόμαστε να διατηρούμε ασφαλή τα προσωπικά σας δεδομένα. Έχουμε θέσει σε εφαρμογή φυσικές, ηλεκτρονικές και λειτουργικές διαδικασίες για να προστατεύσουμε και να διασφαλίσουμε τις πληροφορίες που συλλέγουμε.

### Πληροφορίες που ενδέχεται να έχουμε για εσάς:

Οι πληροφορίες που διατηρούμε για εσάς ενδέχεται να περιλαμβάνουν προσωπικές και ευαίσθητες πληροφορίες. Ενδέχεται να συλλέξουμε αυτές τις πληροφορίες κατά τη διάρκεια επικοινωνιών που έχουμε με εσάς ή με τρίτα μέρη που παρέχουν πληροφορίες για εσάς.

### Όταν συλλέγουμε τις πληροφορίες σας:

Οι πληροφορίες σχετικά με εσάς συλλέγονται όταν συνεργάζεστε μαζί μας ή όταν υποβάλλετε ένα αίτημα, ένα ερώτημα ή μια πιθανή αξίωση. Μπορεί να συλλέξουμε προσωπικές πληροφορίες για εσάς από άλλα άτομα όταν γίνει αναφορά σε εσάς σε ένα πιθανό περιστατικό αξίωσης, όταν επεξεργαζόμαστε ένα δυνητικό περιστατικό αξίωσης, όταν λαμβάνουμε ιατρικές αναφορές ή όταν επικοινωνούμε με την οικογένειά σας, τον εργοδότη, τον επαγγελματία υγείας ή άλλο πάροχο. Εσείς επιβεβαιώστε ότι συναινείτε να λαμβάνουμε ευαίσθητες πληροφορίες και πληροφορίες τιμολόγησης που σχετίζονται με πιθανές αξιώσεις που ενδέχεται να υποβάλετε.

**Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.**



Tel: **+357 22 051985** 24/7 alarm line, **+302313084513**

Email: [starrclaims@healthwatch.gr](mailto:starrclaims@healthwatch.gr)

**Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες σας:**

Χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας στοιχεία για να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες μας και να βελτιώσουμε και να επεκτείνουμε τις υπηρεσίες μας.

**Κοινή χρήση πληροφοριών:**

Πληροφορίες για εσάς ενδέχεται να κοινοποιηθούν σε άλλους για να μπορέσουμε να διαχειριστούμε την απαίτηση ή το αίτημα σας και να ενημερώσουμε και να βελτιώσουμε τη σχέση μας. Συνεργαζόμαστε με άλλα άτομα και οργανισμούς για να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες μας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προσωπικές πληροφορίες, που μπορεί να γίνουν εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου. Όπου συμβαίνει αυτό, θα προσπαθήσουμε να το διασφαλίσουμε ότι η εμπιστευτικότητα και η ασφάλεια των προσωπικών σας πληροφοριών προστατεύεται πλήρως.

**Διατήρηση πληροφοριών:**

Θα διατηρήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο σύμφωνα με τους σχετικούς νόμους περί προστασίας δεδομένων.

**Τα δικαιώματά σας:**

Έχετε το δικαίωμα να αποκτήσετε πρόσβαση σε ένα αντίγραφο των προσωπικών σας δεδομένων που διατηρούμε από εμάς ή να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών σας δεδομένων εάν είναι ανακριβή ή ελλιπής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί επίσης να έχετε το δικαίωμα να αντιταχθείτε στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, να ζητήσετε τη διαγραφή των προσωπικών σας δεδομένων ή τον περιορισμό της χρήσης των προσωπικών σας δεδομένων από εμάς (σύμφωνα με τον

Κανονισμό ΕΕ 2016/679). Εάν θέλετε να ασκήσετε το δικαίωμά σας ή χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των δεδομένων σας, επικοινωνήστε μαζί μας στο [DPO@healthwatch.gr](mailto:DPO@healthwatch.gr)

**Αυτό το έντυπο δεν είναι έντυπο απαίτησης αλλά ενημερωτικό έντυπο που ενημερώνει την Healthwatch S.A. για πιθανή απαίτηση. Το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στο email εντός 25 ημερών από το γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αίτημα αποζημίωσης.**