



ΤΑΜΕΙΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ
MOTOR INSURERS' FUND

JUL25

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα μέσω της ιστοσελίδας του Ταμείου Ασφαλιστών Μηχανοκίνητων Οχημάτων («Ταμείο») για:

- την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ειδικής κατηγορίας που πραγματοποιεί το Ταμείο.
- τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων μου, γενικών και ειδικών, είναι απολύτως αναγκαία για αξιολόγηση της απαίτησης. Προς τούτο, πιο κάτω δηλώνω την συγκατάθεση μου για την επεξεργασία τους με σκοπό την αξιολόγηση της απαίτησης μου. Επιπρόσθετα, γνωρίζω πως η τυχόν ανάκλησή της συγκατάθεσης στο μέλλον θα έχει ως αποτέλεσμα το Ταμείο να μην είναι σε θέση να αξιολογήσει την απαίτηση.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την διατήρηση, επεξεργασία και προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όπως επίσης για τα δικαιώματά μου ως υποκείμενο των δεδομένων, μπορώ να επισκεφθώ την ιστοσελίδα του Ταμείου στην οποία είναι αναρτημένη η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του Ταμείου (www.mif.org.cy) ή ακόμα και να επικοινωνήσω με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ταμείου στο dpo@mif.org.cy

ΣΥΝΑΙΝΩ

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Δήλωση και συγκατάθεση

Εγώ ο αναφερόμενος απαιτητής βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής, ο νόμιμος αντιπρόσωπος ή ο κηδεμόνας του ασθενούς (αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών). Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή.

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον θεράπων ιατρό να συζητήσει την ιατρική μου κατάσταση όπως αυτή εξελίχθηκε λόγω των γεγονότων που οδήγησαν στην υποβολή απαίτησης με το Ταμείο.

Συμφωνώ πως αντίγραφο του παρόντος εγγράφου συγκατάθεσης θα έχει την εγκυρότητα του πρωτότυπου.

Εξουσιοδότηση

Παραπέρω παρέχω τη ρητή εξουσιοδότηση μου στο Ταμείο να ζητήσει και λάβει εκ μέρους μου και/ή εκ μέρους του εξαρτώμενου μου οποιαδήποτε πληροφορία αφορά τη φυσική ή πνευματική κατάσταση της υγείας μου από οποιοδήποτε ιατρό, κλινική, ιατρικό ή διαγνωστικό κέντρο που καθ' οποιοδήποτε χρόνο με παρακολούθησε ή στο οποίο έχω διεξάγει διαγνωστικές εξετάσεις.

Ο ΑΠΑΙΤΗΤΗΣ/ΟΔΗΓΟΣ/ ΕΠΙΒΑΤΗΣ/ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Σημειώνεται ότι η παρούσα δήλωση συμπληρώνεται και υπογράφεται αποκλειστικά σε περίπτωση υποβολής απαίτησης για σωματικές βλάβες.