



Παρακαλούμε να στέλνετε το συμπληρωμένο Έντυπο και όλα τα επισυναπτόμενα παραστατικά απαίτησης, προς :
Τμήμα Αποζημιώσεων Ταξιδιωτικής Ασφάλισης & Προσωπικών Ατυχημάτων : **OSG, Merrion Hall, Strand Road, Sandymount, Dublin 4** - e-mail : ryanair@osg.ie μέσα σε 20 ημέρες από την ημερομηνία επέλευσης του συμβάντος.
Η σωστή και πλήρης απάντηση των παρακάτω ερωτήσεων βοηθάει στη γρήγορη και αποτελεσματική εξυπηρέτησή σας.
Καμία αποζημίωση δεν καταβάλλεται, εάν δεν υπογραφεί από τον ασφαλισμένο η δήλωση αυτή

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΤΗ:

Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία Γέννησης:	Αρ. Συμβολαίου:
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας :	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	e-mail :
Χώρα και τόπος που συνέβη το συμβάν	Ημερομηνία:	Ωρα :
ΑΦΜ	ΔΟΥ	
Δώστε λεπτομερή περιγραφή για το είδος και συνθήκες της απαίτησης:		
Υπάρχουν άλλα εν ισχύ ασφαλιστήρια συμβόλαια που αφορούν το συγκεκριμένο συμβάν: <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι Εάν ναι παρακαλούμε δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:		

ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ : Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε : α) αντίγραφο του αεροπ. εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) ιατρική έκθεση από γιατρό ή ιατρικό κέντρο γ) πρωτότυπες αποδείξεις ιατρικών εξόδων. δ) παραστατικό-*statement* της πιστωτικής κάρτας που να περιλαμβάνει τις χρεώσεις εισιτηρίων στην Πιστωτική Κάρτα

Επικοινωνήσατε με την INTANA ASSIST;	Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία επικοινωνίας:	Αρ. Αναφοράς:
Είχατε στο παρελθόν παρόμοια πάθηση;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι Εάν ναι παρακαλούμε δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:
Φύση Ατυχήματος (λεπτομέρειες)	
Φύση Πάθησης: (ακριβή περιγραφή)	
Είδος θεραπείας που σας παρασχέθηκε:	
Όνομα , διεύθυνση και τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού στο εξωτερικό:	
Παρακαλούμε δηλώστε το ποσό της απαίτησης σας αφαιρουμένου οποιoδήποτε ποσού που αποζημιώθηκε από άλλη πηγή:	

ΑΚΥΡΩΣΗ ΤΑΞΙΔΙΟΥ: Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε α) επιβεβαίωση κράτησης και επιβεβαίωση ακύρωσης κράτησης από τον τουριστικό σας πράκτορα γ) απόδειξη πληρωμής και απόδειξη επιστροφής χρημάτων (εάν υπάρχει) δ) Ιατρικό πιστοποιητικό που αναφέρει την φύση/αιτία του τραυματισμού ή της ασθένειας και επιβεβαίωση ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ταξιδέψει. ε) πιστοποιητικό συγγενείας (για ασθένεια/ατύχημα συγγενούς) στ) παραστατικό-*statement* της πιστωτικής κάρτας που να περιλαμβάνει τις χρεώσεις εισιτηρίων στην Πιστωτική Κάρτα

Ημερομηνία κράτησης ταξιδιού:	Ημερομηνία Αναχώρησης:	Ημερομηνία Ακύρωσης:
Αναφέρετε τον λόγο/αιτία για τον οποίο ακυρώνεται το ταξίδι σας:		
Αρχικό Ποσό που πληρώθηκε από εσάς:	Ποσό που επιστράφηκε από το ταξιδιωτικό γραφείο ή εισπράχθηκε από άλλες πηγές:	Ποσό απαίτησης:

(Γ) **ΑΠΩΛΕΙΑ Η ΖΗΜΙΑ ΑΠΟΣΚΕΥΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ** : Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε : α) αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση απώλειας/ζημιάς αποσκευών (*Property Irregularity Report*), δ) γραπτή ειδοποίηση από τον μεταφορέα αποζημίωσης καταστροφής ή απώλειας των αποσκευών ε) παραστατικό-*statement* της πιστωτικής κάρτας που να περιλαμβάνει τις χρεώσεις εισιτηρίων στην Πιστωτική Κάρτα:

Όνομα αεροπορικής εταιρίας/Μεταφορέα, Αστυνομικού Τμήματος ή άλλη αρχής στην οποία δηλώθηκε το συμβάν:	
Ημερομηνία ταξιδιού:	
Ημερομηνία, ώρα και προορισμός αναχώρησης και άφιξης:	

Δώστε λεπτομέρειες για την περιουσία που υπέστη ζημιά

Α/Α	Περιγραφή	Ημερομηνία και τοποθεσία αγοράς	Αρχική τιμή αγοράς	Μείωση αξίας λόγω φυσικής φθοράς	Ποσό Απαίτησης

Δ) **ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΑΠΟΣΚΕΥΩΝ**: Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε: α) αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση καθυστέρησης αποσκευών (*Property Irregularity Report*) δ) πρωτότυπες αποδείξεις για αγορά εκτάκτου ρουχισμού και προσωπικών ειδών ε) παραστατικό-*statement* της πιστωτικής κάρτας που να περιλαμβάνει τις χρεώσεις εισιτηρίων στην Πιστωτική Κάρτα.

Λεπτομέρειες πτήσης	Πληροφορίες Ανάκτησης καθυστερημένων αποσκευών
Ημερομηνία άφιξης:	Ημερομηνία:
Ώρα άφιξης:	Ώρα:
Κωδικός Πτήσης:	Τοποθεσία ανάκτησης:
Τοποθεσία αναχώρησης:	Ωρα ανάκτησης:
Αεροπορική εταιρία:	

Ε) **ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΠΤΗΣΗΣ**: Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε: α) αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση καθυστέρησης αποσκευών (*Property Irregularity Report*) δ) πρωτότυπες αποδείξεις για αγορά εκτάκτου ρουχισμού και προσωπικών ειδών. ε) αποδεικτικό παραλαβής/ανάκτησης αποσκευών στ) παραστατικό-*statement* της πιστωτικής κάρτας που να περιλαμβάνει τις χρεώσεις εισιτηρίων στην Πιστωτική Κάρτα

Λεπτομέρειες αρχικής πτήσης	Λεπτομέρειες πτήσης μετά την καθυστέρηση
Ημερομηνία:	Ημερομηνία:
Ώρα:	Ώρα:
Κωδικός Πτήσης:	Κωδικός Πτήσης:
Τοποθεσία αναχώρησης:	Τοποθεσία αναχώρησης:
Αεροπορική εταιρία:	Αεροπορική εταιρία:

Παρακαλούμε δηλώστε τα απαραίτητα, άμεσα και λογικά έξοδα που προέκυψαν εξαιτίας της καθυστέρησης της πτήσης

Α/Α	Περιγραφή	Ημερομηνία και τοποθεσία αγοράς	Τιμή αγοράς

Σημαντική Σημείωση

Τα παραπάνω στοιχεία είναι τα ελάχιστα απαραίτητα για την αξιολόγηση της απαίτησής σας. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να σας ζητήσει πρόσθετα, αναλυτικά στοιχεία και έγγραφα σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο.

Δήλωση

Δηλώνω ειλικρινά ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ορθές σε κάθε λεπτομέρεια και συμφωνώ ότι εάν έχω προβεί σε οποιαδήποτε περαιτέρω δήλωση σε σχέση με την πιο πάνω απαίτηση ή σε δόλιες δηλώσεις ή έχω αποκρύψει ή δηλώσει αναληθώς οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, το ασφαλιστήριο θα θεωρείται άκυρο και όλα τα δικαιώματα ανάκτησης αυτού σε σχέση με παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις θα εκκρίπτουν.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή νοσοκομεία που εξετάστηκα να παραδώσουν στην εταιρία ή νόμιμο αντιπρόσωπο της, οποιαδήποτε πληροφορία σε σχέση με την ασθένεια, το ιατρικό ιστορικό, γνωμάτευση, συνταγή ή θεραπεία καθώς και αντίγραφα όλων των ιατρικών αρχείων. Φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης θα θεωρείται ισχύον και έγκυρο όπως το πρωτότυπο.

Προσωπικές Πληροφορίες

Η INTANA (η Εταιρία) δεσμεύεται να προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα πελατών, συνεργατών και εν γένει τρίτων προσώπων,. Με την παροχή των Προσωπικών σας Πληροφοριών, όπως αυτές ορίζονται από τον Νόμο 2472/1997, συναινείτε στην χρήση αυτών όπως περιγράφεται πιο κάτω. Σε περίπτωση που παρέχετε Προσωπικές Πληροφορίες άλλου ατόμου, είναι αναγκαίο να είστε νόμιμα εξουσιοδοτημένος, να τις παρέχετε για την χρήση, που περιγράφεται κατωτέρω.

Τα είδη Προσωπικών Πληροφοριών που ενδέχεται να συλλέξουμε και για ποιους λόγους
Ανάλογα με το είδος της σχέσης σας με την Εταιρία μας, οι Προσωπικές Πληροφορίες, που συλλέγονται και αφορούν εσάς, ενδέχεται να περιλαμβάνουν ενδεικτικώς : αναγνωριστικές πληροφορίες και πληροφορίες επικοινωνίας, χρηματοοικονομικές πληροφορίες, ευαίσθητες πληροφορίες σχετικά με την ιατρική σας κατάσταση και την κατάσταση υγείας σας, και άλλες Προσωπικές Πληροφορίες που παρέχετε εσείς.

Οι Προσωπικές Πληροφορίες ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν για τους ακόλουθους σκοπούς:

- Λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης
- Εκτέλεση και διαχείριση ασφαλιστικών συμβολαίων, π.χ. επικοινωνίες, επεξεργασία απαιτήσεων και πληρωμών
- Παροχή βοήθειας και συμβουλών σε ιατρικά θέματα και θέματα ταξιδιού.
- Συμμόρφωση της Εταιρίας μας με εσωτερικές πολιτικές και διαδικασίες του Ομίλου μας
- Συμμόρφωση της Εταιρίας μας με την ισχύουσα νομοθεσία, και ανταπόκριση μας σε αιτήματα των αρμόδιων εποπτικών και ρυθμιστικών αρχών
- Παρακολούθηση και ηχογράφηση τηλεφωνικών κλήσεων για σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας, εκπαίδευσης και ασφάλειας
- Μάρκετινγκ, έρευνα και ανάλυση της αγοράς

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ "Σε περίπτωση ευθύνης Τρίτων, όλα τα δικαιώματα μεταβιβάζονται στους Ασφαλιστές, η αντιπροσώπους αυτών.

Ασφάλεια και διατήρηση Προσωπικών Πληροφοριών – Λαμβάνονται κατάλληλα νομικά μέτρα και μέτρα ασφαλείας για την προστασία των Προσωπικών σας Πληροφοριών. Επίσης, οι πάροχοι υπηρεσιών μας επιλέγονται προσεκτικά και απαιτείται από αυτούς να λαμβάνουν κατάλληλα μέτρα προσεκτικά. Προσωπικές Πληροφορίες θα διατηρούνται στο αρχείο της Εταιρίας μας για την περίοδο, που απαιτείται για να εκπληρωθούν οι σκοποί που περιγράφονται ανωτέρω.

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή _____