

Αναγγελία Αποζημίωσης Ομαδικού Συμβολαίου

Πρόσκαιρη Ανικανότητα

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω με κεφαλαία και με ξεχωριστό έντυπο για κάθε ασφαλισμένο.
ΠΡΟΣΟΧΗ: Πρέπει να συμπληρώσετε όλα τα υποχρεωτικά πεδία για την αποδοχή του αιτήματός σας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (Στοιχεία Εταιρίας/Συλλόγου)

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ

Αριθμός Συμβολαίου: _____ * Περιοχή: -- *Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που στο συμβόλαιο σας περιλαμβάνεται το χαρακτηριστικό της "Περιοχής"

Επωνυμία: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ

Επίθετο: _____ Όνομα: _____
Πατρώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Ημερομηνία Γέννησης:
Τηλέφωνο: _____ * Email: _____ *Συμπληρώστε το email που είχε δηλωθεί από το Συμβαλλόμενο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΝΤΑ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ

(Συμπληρώνεται μόνο αν το αίτημα αφορά εξαρτώμενο μέλος)

Ιδιότητα: ☐ Σύζυγος ☐ Παιδί Ημερομηνία Γέννησης:
Επίθετο: _____ Όνομα: _____

Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα (Απώλεια Εισοδήματος) & Απαραίτητα Δικαιολογητικά

Συμπληρώστε τα παρακάτω :

Η ανικανότητα αφορά : **Ασθένεια** ☐ **Ατύχημα** ☐

Έναρξη Ανικανότητας

Διάστημα Από : Διάστημα Έως :

Ελάχιστα απαραίτητα δικαιολογητικά

- Δελτίο Ανικανότητας κύριου Ασφαλιστικού Φορέα όπου βεβαιώνεται η ανικανότητα και το διάστημα ημερών ή αν δεν υπάρχει κύριος ασφαλιστικός φορέας
- Εισιτήριο – Εξιτήριο Νοσηλευτικού Ιδρύματος ή Αναλυτική ιατρική γνωμάτευση

Αιτούμαι αποζημίωση με βάση τους όρους Ομαδικού Ασφαλιστηρίου και δηλώνω ότι:

- Όσα δηλώνω είναι αληθή, πλήρη και ακριβή και ότι έχω την εξουσιοδότηση να τα υποβάλω.
- Τα επισυναπτόμενα παραστατικά εξόδων (τιμολόγια/αποδείξεις) δεν έχουν υποβληθεί σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή δημόσια αρχή, ούτε για φοροαπαλλαγή και δεσμεύομαι να τα διατηρήσω για (1) έτος σε περίπτωση ελέγχου.
- Έχω λάβει γνώση της Πολιτικής Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων της Εταιρίας (<https://www.interamerican.gr/cookies-proswpika-dedomena>) και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας, για την αιτούμενη αποζημίωση.
- Αναγνωρίζω ότι η εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά και να ελέγξει την ακρίβεια των στοιχείων.

Ονοματεπώνυμο

Ημερομηνία

Υπογραφή

Σημ.: Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι ανήλικος ή τελεί σε δικαστική συμπαράσταση, υπογράφουν οι ασκούντες τη γονική μέριμνα ή ο δικαστικός συμπαράστάτης

Κατάθεση αιτήματος αποζημίωσης	Ασφαλισμένος	Συνεργάτης	Συμβαλλόμενος
Νοσοκομειακές & Εξωνοσοκομειακές δαπάνες όπως • Νοσηλεία έξοδα • Νοσηλεία επίδομα • Τοκετός επίδομα • Ιατρική επίσκεψη (& φυσιοθεραπείες) • Ιατρική πράξη • Διαγνωστική εξέταση • Φάρμακα	Ηλεκτρονική αναγγελία στην ιστοσελίδα www.interamerican.gr	Ηλεκτρονική αναγγελία στην πλατφόρμα ask me <i>Menu: Πελάτες/Αποζημιώσεις</i> <i>Υγείας/Αναγγελία Ομαδικών</i>	Αιτήματα μπορούν πλέον να υποβάλλονται αποκλειστικά από τον ασφαλισμένο ή τον συνεργάτη που διαχειρίζεται το συμβόλαιο, μέσω των αντίστοιχων ηλεκτρονικών ιστοσελίδων
• Απώλεια εισοδήματος • Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα	Ηλεκτρονική αναγγελία στο email: groupeclaims@interamerican.gr (Ένα email ανά παθόντα)	Ηλεκτρονική αναγγελία στο email: groupeclaims@interamerican.gr (Ένα email ανά παθόντα)	Αιτήματα μπορούν πλέον να υποβάλλονται αποκλειστικά από τον ασφαλισμένο ή τον συνεργάτη που διαχειρίζεται το συμβόλαιο, με αποστολή email
• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ασθένεια • Ασφάλεια Ζωής • Θάνατος από ατύχημα	Μέσω του εξουσιοδοτημένου προσώπου που έχει ορισθεί από τον Συμβαλλόμενο του Συμβολαίου (Εταιρία/Σύλλογος) ή Μέσω του διαμεσολαβούντα συνεργάτη που εξυπηρετεί το Ομαδικό σας Συμβόλαιο	Ηλεκτρονική αναγγελία στο email: groupeclaims@interamerican.gr (Ένα email ανά παθόντα)	Ηλεκτρονική αναγγελία στο email: groupeclaims@interamerican.gr (Ένα email ανά παθόντα)

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

- Αν δεν γνωρίζετε κατά πόσο το Συμβόλαιο σας καλύπτει κάποια περίπτωση παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον διαμεσολαβούντα συνεργάτη που εξυπηρετεί το Ομαδικό σας Συμβόλαιο ή τον Συμβαλλόμενο (Εταιρία/Σύλλογο) σας
- Η Interamerican ενδέχεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά, ανάλογα με την περίπτωση, ή ακόμα και την εξέταση του ασφαλισμένου από γιατρό που θα ορίσει η ίδια
- Οι καταβολές αποζημιώσεων πραγματοποιούνται με κατάθεση στον τραπεζικό λογαριασμό (IBAN) του ασφαλισμένου που έλαβε η Interamerican κατά την έναρξη της ασφάλισης
- Σε περίπτωση που η Interamerican χρειαστεί να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά όπως επίσης και η ενημέρωση της πορείας του αιτήματος αποζημίωσης σας θα πραγματοποιηθούν με αποστολή στο email που έχει δηλωθεί κατά την ασφάλιση σας
- Για ερωτήματα σχετικά με το αίτημα αποζημίωσης σας μπορείτε να αποστείλετε email στο GroupClaims_support@interamerican.gr.
- Η αποστολή αιτήματος με email θα πρέπει να είναι για κάθε ασφαλισμένο/παθόντα ξεχωριστό email & στον τίτλο είναι απαραίτητο να αναγράφεται ο αριθμός του Συμβολαίου