

## Αναγγελία Αποζημίωσης Ομαδικού Συμβολαίου

### Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών - Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα - Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα

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

#### ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΑΤΟΣ & ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (παρακαλούμε επιλέξτε)



##### Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών (ισχύει για τις παρακάτω περιπτώσεις):

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Κακοήθης νεοπλασία (Καρκίνος)
- Αιματολογικές κακοήθειες
- Απλαστική αναιμία
- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass)
- Μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος
- Μεταμόσχευση οργάνων
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Τύφλωση
- Αιμοκάθαρση λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας
- Νόσος Parkinson
- Εγκαύματα 3<sup>ου</sup> βαθμού, με έκταση πάνω από 20% της επιφάνειας του σώματος
- Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια 3<sup>ου</sup> σταδίου

##### Ενδεικτικά δικαιολογητικά που χρειάζονται

- Ενημερωτικό σημείωμα & φάκελο νοσηλείας, με πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου
- Αποτελέσματα εξετάσεων
- Αποτέλεσμα ιστολογικής εξέτασης (βιοψία)
- Ιατρικό σημείωμα θεράποντος γιατρού, με πλήρη αναφορά στο ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου
- Απόφαση του Κέντρου Ελέγχου Ποσοστού Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.)



##### Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα με πλήρη και οριστική απώλεια των παρακάτω περιπτώσεων:

- Την όραση και από τα δύο μάτια
- Τη χρήση και των δύο : Χεριών ή Βραχιόνων ή Ποδιών ή Κνήμων
- Τη χρήση δύο άκρων (ένα χέρι και ένα πόδι)
- Τη χρήση ενός άκρου (χέρι ή πόδι) και ενός βραχίονα ή μίας κνήμης
- Τη χρήση ενός βραχίονα και μίας κνήμης
- Την όραση από ένα μάτι και τη χρήση ενός άκρου, βραχίονα ή κνήμης
- Ανίατη τραυματική ή μετατραυματική πάθηση του εγκεφάλου, που τον κάνει ανίκανο για κάθε εργασία
- Ολική και μόνιμη παράλυση

##### Ενδεικτικά δικαιολογητικά που χρειάζονται

- Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας
- Πρακτικό Χειρουργείου



##### Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα

Για ενημερωθείτε για τις περιπτώσεις που πρέπει να συντρέχουν για την παροχή της Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας παρακαλούμε όπως απευθυνθείτε στον ασφαλιστικό Σύμβουλο που εξυπηρετεί το Ομαδικό σας Συμβόλαιο ή στο Συμβαλλόμενο (Εταιρία/Σύλλογος).

##### Ενδεικτικά δικαιολογητικά που χρειάζονται

- Ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας
- Πρακτικό Χειρουργείου

Για διευκρινίσεις σχετικά με τον τρόπο αποστολής και πιθανά άλλα ερωτήματα δείτε την επόμενη σελίδα

| Κατάθεση αιτήματος αποζημίωσης                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ασφαλισμένος                                                                                                                                                                               | Συνεργάτης                                                                                                                                          | Συμβαλλόμενος                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Νοσοκομειακές &amp; Εξωνοσοκομειακές δαπάνες όπως</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Νοσηλεία έξοδα</li><li>• Νοσηλεία επίδομα</li><li>• Τοκετός επίδομα</li><li>• Ιατρική επίσκεψη (&amp; φυσιοθεραπείες)</li><li>• Ιατρική πράξη</li><li>• Διαγνωστική εξέταση</li><li>• Φάρμακα</li></ul> | Ηλεκτρονική αναγγελία στην ιστοσελίδα<br><a href="http://www.interamerican.gr">www.interamerican.gr</a>                                                                                    | Ηλεκτρονική αναγγελία στην πλατφόρμα <b>ask me</b><br><i>Menu: Πελάτες/Αποζημιώσεις 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 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Απώλεια εισοδήματος</li><li>• Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών</li><li>• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα</li><li>• Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα</li></ul>                                                                                                | Ηλεκτρονική αναγγελία στο email:<br><a href="mailto:groupeclaims@interamerican.gr">groupeclaims@interamerican.gr</a><br><br>(Ένα email ανά παθόντα)                                        | Ηλεκτρονική αναγγελία στο email:<br><a href="mailto:groupeclaims@interamerican.gr">groupeclaims@interamerican.gr</a><br><br>(Ένα email ανά παθόντα) | Αιτήματα μπορούν πλέον να υποβάλλονται αποκλειστικά από τον ασφαλισμένο ή τον συνεργάτη που διαχειρίζεται το συμβόλαιο, με αποστολή email                             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ασθένεια</li><li>• Ασφάλεια Ζωής</li><li>• Θάνατος από ατύχημα</li></ul>                                                                                                                                                            | Μέσω του εξουσιοδοτημένου προσώπου που έχει ορισθεί από τον Συμβαλλόμενο του Συμβολαίου (Εταιρία/Σύλλογος) ή<br>Μέσω του διαμεσολαβούντα συνεργάτη που εξυπηρετεί το Ομαδικό σας Συμβόλαιο | Ηλεκτρονική αναγγελία στο email:<br><a href="mailto:groupeclaims@interamerican.gr">groupeclaims@interamerican.gr</a><br><br>(Ένα email ανά παθόντα) | Ηλεκτρονική αναγγελία στο email:<br><a href="mailto:groupeclaims@interamerican.gr">groupeclaims@interamerican.gr</a><br><br>(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](mailto: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.

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

1. Όσα δηλώνω είναι αληθή, πλήρη και ακριβή και ότι έχω την εξουσιοδότηση να τα υποβάλω.
2. 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.
3. 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.
4. 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 συμπαραστάτης