

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παρακαλούμε όπως η απαίτηση συμπληρωθεί από τον Ασφαλισμένο και υποβληθεί στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας εντός 10 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος / ασθένειας / νοσοκομειακής ή άλλης περίθαλψης, διαφορετικά η απαίτηση δεν θα γίνει αποδεκτή. Όλες οι απαντήσεις πρέπει να είναι πλήρεις και όπου χρειάζεται να διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

1. Ονοματεπώνυμο:
2. Ημερ. Γέννησης:/...../..... Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κ.Α.:
3. Διεύθυνση Οικίας: Αρ. Τηλεφώνου
4. Διεύθυνση Εργασίας: Αρ. Τηλεφώνου
5. Όνομα Εργοδότη:
6. Σχέση / συγγένεια με Εργοδότη:
7. Επάγγελμα (ακριβή καθήκοντα):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1. Ημερομηνία ατυχήματος / ασθένειας:/...../..... Τόπος: Ώρα πμ/μμ
2. Δώστε λεπτομερή περιγραφή ατυχήματος / ασθένειας:
.....
.....
.....
Υπήρξαν σημάδια στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος / ασθένειας; Εάν ναι, περιγράψτε.
3. Υπάρχει αστυνομική έκθεση αναφορικά με το πιο πάνω ατύχημα; Ναι Όχι

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ / ΚΛΙΝΙΚΗΣ / ΙΑΤΡΟΥ

(Επισυνάψτε πρωτότυπες αποδείξεις)

1. Επισκεφθήκατε νοσοκομείο ή κλινική; Ναι Όχι Πότε;/...../.....
2. Νοσηλευθήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική; Ναι Όχι
Διάρκεια παραμονής: Από:/...../..... Μέχρι:/...../.....
3. Όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο νοσοκομείου / κλινικής:
4. Όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο θεράποντος ιατρού:
5. Μήπως σας παρέπεμψε σε άλλο ιατρό; Δώστε όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο και αιτία.
.....
6. Παραμείνατε περιορισμένος στο σπίτι; Ναι Όχι Από:/...../..... Μέχρι:/...../.....

7. Παρακολουθήσατε ή επιβλέψατε την εργασία σας καθ' οιονδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής σας ανικανότητας; Ναι Όχι Από:/...../..... Μέχρι:/...../.....
8. Πότε αναμένεται να αναλάβετε εργασία;
9. Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία; Ναι Όχι
Δώστε λεπτομέρειες:
10. Ποιο ήταν το ακάθαρτο μηνιαίο εισόδημά σας πριν το ατύχημα; €
11. Κατά τα τελευταία 2 χρόνια απουσιάσατε από την εργασία σας για λόγους υγείας; Εάν ναι, αναφέρετε τις αιτίες και τις ημερομηνίες απουσίας.
.....
12. α) Υπήρξε αλλαγή στα καθήκοντα σας εντός της εταιρείας για λόγους υγείας; Ναι Όχι
β) Δώστε λεπτομέρειες:
- γ) Πότε έγινε η αλλαγή; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία:/...../.....

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Στα πλαίσια της εξέτασης της Απαίτησης σας η CNP CYPRIALIFE LTD («Εταιρεία») προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν καθώς και αυτά των ατόμων τα οποία κατονομάζονται στην Απαίτηση σας.

Η Εταιρεία ζητεί όσα δεδομένα είναι απαραίτητα και συναφή με τους σκοπούς εξέτασης της Απαίτησης σας. Κάποια από τα δεδομένα σας θα διαβιβάζονται σε συνεργάτες της Εταιρείας για σκοπούς αξιολόγησης της Απαίτησης σας (για παράδειγμα ιατρούς).

Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποταθείτε στην Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Εταιρείας η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα μας.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τα άτομα, τα στοιχεία των οποίων περιέχονται σε αυτήν την Απαίτηση, σχετικά με την παροχή από μέρος μου των προσωπικών τους δεδομένων στην Εταιρεία.

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης θα παρέχω στην Εταιρεία τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών, τα οποία είναι αναγκαία, για την εξέταση της απαίτησης μου από την Εταιρεία. Η εξέταση της απαίτησης μου, περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την απόφαση για το κατά πόσον θα μου καταβληθεί αποζημίωση με βάση τους όρους του Ασφαλιστηρίου μου και/ή τον καθορισμό του ύψους της αποζημίωσης.

Παρακαλώ όπως το ποσό της αποζημίωσης κατατεθεί στο λογαριασμό που διατηρώ με την Τράπεζα με αριθμό IBAN*.....

*Να επισυναφθεί βεβαίωση από τον Τραπεζικό Οργανισμό.

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου

Υπογραφή Ημερομηνία/...../.....

Να συμπληρωθεί από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή

A. Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος είναι αυτοεργοδοτούμενος

- Συνεχίζονται οι επαγγελματικές δραστηριότητες του; Ναι Όχι
- Επιβλέπει ο Ασφαλισμένος τις επαγγελματικές δραστηριότητες του; Ολικώς Μερικώς Καθόλου

B. Προσωπική εκτίμηση του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

- Ο Ασφαλισμένος θα μπορούσε να εργασθεί; Ολικώς Μερικώς Καθόλου
- Ο Ασφαλισμένος θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του; Ναι Όχι

Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Υπογραφή Κωδικός Επαρχία Ημερομηνία/...../.....