

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αρ. Ασφαλιστηρίου :

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ

Όνομα : ΑΔΤ:.....

Διεύθυνση :

Τηλέφωνο Φαξ :.....

Ηλεκτρονική Δ/νση :.....

ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα : ΑΔΤ:.....

Διεύθυνση : Τηλ:.....

ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ημερομηνία και ώρα:

Συνθήκες ατυχήματος ή ασθένειας:

.....
.....
.....

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

(Επισυνάψετε ιατρικά πιστοποιητικά)

.....
.....
.....

Όνομα νοσηλευτικού κέντρου και θεράποντα ιατρού

.....
ιατρική θεραπεία που χορηγήθηκε
.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Επισυνάψετε αποδείξεις, τιμολόγια η/και άλλα υποστηρικτικά στοιχεία

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ : €

Ημερομηνία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω/Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή..

Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Ασφαλισμένου

.....

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα για σκοπούς διαχείρισης της απαίτησής σας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και των δικαιωμάτων σας, παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στο www.genikesinsurance.com.cy όπου μπορείτε να βρείτε τη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ή εάν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο επικοινωνήστε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.