

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Η έκθεση αυτή συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο χωρίς οποιαδήποτε δεσμευση της Εταιρείας και δεν συνεπάγεται οποιαδήποτε παραδοχή ευθύνης εκ μέρους της Εταιρείας.

Απαραίτητη η επισύναψη IBAN no και Πρωτότυπες Αποδείξεις και Πιστοποιητικά

Όνομα Ασφαλιζομένου-Σχολείο : _____

Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο: _____

Όνομα Μαθητή: _____

Τάξη: _____ Ημερομηνία Γεννήσεως: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____

Όνομα Πατέρα / Κηδεμόνα: _____

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία και ώρα Ατυχήματος/Ζημιάς : _____

Βρισκόσασταν στο σχολείο κατά την ώρα του ατυχήματος; ΝΑΙ ΌΧΙ

Σύντομη περιγραφή Ατυχήματος _____

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες _____

1. _____

2. _____

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ;

Όνομα Νοσοκομείου ή κλινικής _____

Ημερομηνία εισόδου: _____ Ημερομηνία εξόδου: _____

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ την PRIME INSURANCE COMPANY LTD για οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε χρειασθεί από το Νοσοκομείο ή Κλινική σε σχέση με το περιστατικό ή το ιστορικό υγείας μου.

Με την καταβολή οποιουδήποτε ποσού από την εταιρεία προς εμένα και/ή προς το πρόσωπο το οποίο θα υποδείξω, με το οποίο ποσό ικανοποιείται, είτε πλήρως είτε μερικώς, η απαίτηση που υποβάλλω στο παρόν έντυπο απαίτησης προς την εταιρεία, απαλλάσσω πλήρως και ανέκκλητα την εταιρεία από οποιαδήποτε άλλη απαίτηση και/ή αξίωση έχω δυνάμει του συμβολαίου μου και που σχετίζεται και/ή με οποιοδήποτε τρόπο συνδέεται με την υποβαλλόμενη απαίτηση στο παρόν έντυπο απαίτησης. Αποδέχομαι περαιτέρω όπως η απόδειξη πληρωμής επενεργεί ως νόμιμη απόδειξη απαλλαγής της εταιρείας.

Κατανοώ πλήρως τις επιπτώσεις της πιο πάνω δήλωσής μου η οποία μου έχει εξηγηθεί και προς τούτο θέτω την υπογραφή μου.

Δήλωση Συγκατάθεσης:

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία προσωπικού χαρακτήρα όσο και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρεία σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679 και της ισχύουσας εθνικής και Ευρωπαϊκής νομοθεσίας, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ σήμερα ή έχω γνωστοποιήσει στο παρελθόν καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του υπεύθυνου επεξεργασίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ή συμβάσεις ή τη διαδικασία κατάρτισης της/τους και γενικότερα στις περιπτώσεις επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου.

Ο Ασφαλιζόμενος _____

Ημερομηνία : _____