

ΔΗΛΩΣΗ ΖΗΜΙΑΣ ΚΛΑΔΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

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

Απαραίτητη η επισύναψη IBAN no και Πρωτότυπες Αποδείξεις και Πιστοποιητικά

Αρ.Ασφαλιστηρίου: _____ Κωδ. Ασφαλιστή: _____
Όνομα Ασφαλιζομένου: _____
Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο: _____
Επάγγελμα: _____

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία και ώρα Ατυχήματος/Ζημιάς : _____
Τόπος: _____
Σύντομη περιγραφή Ατυχήματος _____

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες _____

1. _____
2. _____

Φύση και έκταση τραυμάτων: _____

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 Grawe Cyprus 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 Grawe Cyprus 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 Grawe Cyprus, απαλλάσσω πλήρως και ανέκκλητα την Grawe Cyprus 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 Grawe Cyprus. Κατανοώ πλήρως τις επιπτώσεις της πιο πάνω δήλωσης 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 Grawe Cyprus 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 : _____