

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών – Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα – Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα

Ασφαλισμένος

Αποστολή με αλληλογραφία

Διαμεσολαβών Συνεργάτης

Email: groureclaims@interamerican.gr (1 email ανά παθόντα) ή
Αποστολή με αλληλογραφία (κλειστοί ατομικοί φάκελοι ανά παθόντα)

Συμβαλλόμενος (Εταιρία/Σύλλογος)

Αποστολή με αλληλογραφία (κλειστοί ατομικοί φάκελοι 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 ή με έκδοση τραπεζικής επιταγής
- 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.
- 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
- Η αποστολή με αλληλογραφία θα είναι «Προς Αποζημιώσεις Ομαδικών Ζωής & Υγείας» στη διεύθυνση Καλυψούς 16, TK 175 62, Παλαιό Φάληρο.

Βεβαιώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και πλήρη και προσκομίζω τα δικαιολογητικά που σημειώνω προκειμένου να αποζημιωθώ.

Με ατομική μου ευθύνη δηλώνω ότι: τα παραστατικά εξόδων (τιμολόγια/ αποδείξεις) που σας έχω αποστείλει μέσω e-mail για την αποζημίωσή μου βρίσκονται στα χέρια μου σε πρωτότυπη μορφή, δεν τα έχω υποβάλει προς αποζημίωση σε κάποια άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή δημόσια αρχή, ούτε για φοροαπαλλαγή μου, δεν θα τα υποβάλω σχετικά στο μέλλον και δεσμεύομαι ότι θα σας τα αποστείλω μόλις μου ζητηθεί.

.....
Ημερομηνία

.....
Υπογραφή Ασφαλισμένου

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος:

(α) Είναι ανήλικος: Υπογράφουν οι ασκούντες τη γονική μέριμνα

(β) Έχει τεθεί σε Δικαστική Συμπαράσταση: Υπογράφει ο Δικαστικός Συμπαράστατης