



Δελτίο Υποβολής Δικαιολογητικών



Στοιχεία Ασφαλιστηρίου



Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Εταιρία:

Στοιχεία Ασφαλισμένου



Ονοματεπώνυμο Κυρίως Ασφαλισμένου:

Α.Φ.Μ.:

Τηλ. Επικοινωνίας:

Email:

Ονοματεπώνυμο Ασθενή:

Συγγένεια με Ασφαλισμένο:

Ιδιος/ α

Σύζυγος

Παιδί

Στοιχεία Δικαιολογητικών που επισυνάπτονται



Αριθμός Δικαιολογητικών (Αποδείξεις, Γνωματεύσεις, Παραπεμπτικά κ.λπ.):

Συνολικό Ποσό Αποδείξεων Γιατρών:

Συνολικό Ποσό Αποδείξεων Διαγν. Εξετάσεων:

Συνολικό Ποσό Αποδείξεων Φαρμάκων:

Συνολικό Ποσό Αποδείξεων Νοσηλείας:

Ημερομηνία Υποβολής Δικαιολογητικών

Συναινώ και εξουσιοδοτώ την Generali Hellas A.A.E. να:

Επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα για τον σκοπό της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.

Συναινώ

Δεν συναινώ

Ο Κυρίως Ασφαλισμένος

Προστατευόμενο Μέλος
(εάν είναι παιδί άνω των 15 ετών)

* Τα παραπάνω στοιχεία είναι υποχρεωτικά