

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ CREDIT SHIELD

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Η συμπλήρωση της αίτησης αυτής ή η παραλαβή της από την Εταιρία δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως αναμφισβήτητη υποχρέωση της εταιρίας προς τον αιτούντα ή παραίτηση της Ασφαλιστικής Εταιρίας από όρους και προϋποθέσεις που καθορίζονται στο σχετικό Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Όλες οι παρακάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν και το υπογεγραμμένο έντυπο να σταλεί στην διεύθυνση που αναφέρεται στο τέλος του εντύπου. Είσαστε υπεύθυνοι για όλες τις πληρωμές της πιστωτικής σας κάρτας μέχρι να σας αποδοθούν οι δικαιούμενες παροχές.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ & ΚΑΡΤΑΣ

1. Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου			
2. Αριθμός Πιστωτικής Κάρτας			
3. Τύπος Πιστωτικής Κάρτας	☐ MasterCard	☐ Visa	☐ Diners
4. Υπόλοιπο Πιστωτικής Κάρτας Συμπληρώνεται από την MetLife			
5. Ελάχιστο Ποσό Καταβολής Συμπληρώνεται από την MetLife			
6. Τηλέφωνα Επικοινωνίας			

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

1. Είδος Απαίτησης	Θάνατος	Μόνιμη Ολική Ανικανότητα	Πρόσκαιρη Ανικανότητα	Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών
	☐	☐	☐	☐

2. Ημερομηνία Έναρξης Ανικανότητας

3. Ημερομηνία Λήξης Ανικανότητας
(μόνο για την Πρόσκαιρη Ανικανότητα)

Γ. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα ακόλουθα δικαιολογητικά είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση της κάθε απαίτησης (πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα). Σημειώστε τα δικαιολογητικά που επισυνάπτετε.

Θάνατος από ασθένεια

☐ Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου	☐ Αντίγραφο τελευταίου λογαριασμού της πιστωτικής κάρτας που εκδόθηκε πριν την ημερομηνία Ασθένειας
☐ Βιβλιάριο Ασθενείας Κύριου Φορέα Ασφάλισης	☐ που προκάλεσε το Θάνατο
☐ Τοξικολογική Έκθεση	☐ Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
☐ Ιατρικό Ιστορικό Νοσοκομείου που νοσηλεύτηκε τελευταία φορά	

Θάνατος από Ατύχημα

☐ Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου	☐ Έκθεση αυτοψίας τροχαίας ή οποιασδήποτε άλλης αρχής που επιλήφθηκε του Ατυχήματος
☐ Ιατροδικαστική Έκθεση	☐ Αντίγραφο τελευταίου λογαριασμού της πιστωτικής κάρτας που εκδόθηκε πριν την ημερομηνία Ατυχήματος
☐ Τοξικολογική Έκθεση	☐ που προκάλεσε το θάνατο
☐ Ιατρικό Ιστορικό Νοσοκομείου που νοσηλεύτηκε τελευταία φορά	☐ Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου

Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα (ΠΟΑ)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| ☐ | Δελτίο Ανικανότητας Κύριου Ασφαλιστικού Φορέα | ☐ | Αντίγραφο τελευταίου λογαριασμού της πιστωτικής |
| ☐ | Εξιτήριο Νοσοκομείου (αν προηγείται νοσηλεία) | | κάρτας που εκδόθηκε πριν την ημερομηνία Ασθένειας ή |
| ☐ | Πόρισμα σχετικών διαγνωστικών Εξετάσεων | | Ατυχήματος που προκάλεσε την Πρόσκαιρη Ολική |
| ☐ | Γνωμάτευση Θεράποντος Ιατρού | | Ανικανότητα |
| ☐ | Βιβλιάριο Ασθενείας Κύριου Φορέα Ασφάλισης ή | ☐ | Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή |
| | αντίγραφο όλων των σελίδων του βιβλιαρίου | | Διαβατηρίου |

Μόνιμη Ολική Ανικανότητα

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| ☐ | Απόφαση Διευθυντού Κύριου Φορέα Ασφάλισης | ☐ | Αντίγραφο τελευταίου λογαριασμού της πιστωτικής |
| ☐ | Ιατρικά δικαιολογητικά βάσει των οποίων κρίθηκε | | κάρτας που εκδόθηκε πριν την ημερομηνία Ασθένειας ή |
| | ανίκανος από τον κύριο φορέα ασφάλισης | | Ατυχήματος που προκάλεσε την Μόνιμη Ολική |
| ☐ | Βιβλιάριο Ασθενείας Κύριου Φορέα Ασφάλισης ή | | Ανικανότητα |
| | αντίγραφο όλων των σελίδων του βιβλιαρίου | ☐ | Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή |
| ☐ | Εξιτήριο Νοσοκομείου (αν προηγείται νοσηλεία) | | Διαβατηρίου |

Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| ☐ | Τα πορίσματα / αποτελέσματα όλων των | ☐ | Πορίσματα/ αποτελέσματα εξετάσεων που έγιναν κατά |
| | εξετάσεων που έγιναν ΠΡΙΝ την εισαγωγή στο | | την διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο και του |
| | νοσοκομείο και βάσει αυτών πρωτοδιαγνώστηκε | | πρακτικού χειρουργείου (ανά περίπτωση) |
| | το πρόβλημα υγείας | ☐ | Βιβλιάριο Ασθενείας |
| ☐ | Πορίσματα ιστολογικών εξετάσεων όπου τίθεται η | ☐ | Αντίγραφο τελευταίου λογαριασμού της πιστωτικής |
| | τεκμηρίωση της πάθησης | | κάρτας που εκδόθηκε πριν την ημερομηνία διάγνωσης |
| ☐ | Ιατρικό Ιστορικό / Ατομικό Αναμνηστικό από το | ☐ | της Σοβαρής Ασθένειας |
| | νοσοκομείο | | Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή |
| | | ☐ | Διαβατηρίου |

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, οργανισμό, εργοδότη - παλαιό και νέο - ή κυβερνητικό οργανισμό να δώσει οποιαδήποτε πληροφόρηση ζητηθεί, σε σχέση με τραυματισμό ή ασθένεια, θεραπευτική αγωγή ή κατάσταση της εργασιακής μου απασχόλησης στην MetLife. Αντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης έχει την ίδια ισχύ με την πρωτότυπη.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΤΑΛΟΥΝ
ΣΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

MetLife

ΤΜΗΜΑ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 119, Τ.Κ. 151 24 - ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 210 87.87.000 FAX 210 80.56.216 ή 210 61.23.728