

SPECIAL AUTHORIZATION/ΕΙΔΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

NAME ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
DEPENDENTS' NAMES ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ	
ADDRESS ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
MEMBERSHIP NUMBER ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΟΥΣ	

To: **AXA PPP healthcare**

Προς **AXA PPP healthcare**

I hereby authorize the employees of:

Εξουσιοδοτώ το προσωπικό της:

FASMAGROUP INSURANCE BROKERS LTD

FASMAGROUP ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΕΠΕ

To receive, send and translate, any correspondence, personal or dependants concerning my/our policy/policies with **AXA PPP healthcare**, including but not restricted to:

- Insurance application & cover
- Premium payment confirmation
- Claims handling

Specifically consent to the above mentioned company having access, amongst other things, to any personal or dependants' health information which may be contained in such correspondence and I confirm that I have any authority from any dependents to give this consent on their behalf.

να λαμβάνει, στέλνει και μεταφράζει οποιαδήποτε αλληλογραφία, προσωπική μου ή των εξαρτημένων από εμένα μελών, που αφορούν το/τα συμβόλαιο/συμβόλαια μου/μας με την **AXA PPP healthcare**, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά των:

- Αίτηση ασφάλισης και Κάλυψη
- Επιβεβαίωση Πληρωμής Ασφαλίσεων
- Διαχείριση Απαίτησης Αποζημίωσης

Ειδικά συγκατατίθεται ώστε η παραπάνω αναφερόμενη εταιρία να έχει πρόσβαση μεταξύ άλλων σε οποιοσδήποτε προσωπικές ή των εξαρτημένων από εμένα μελών, ιατρικές πληροφορίες που μπορεί να περιέχονται σε σχετική αλληλογραφία και επιβεβαιώνω ότι έχω την εξουσιοδότηση/επιμέλεια από το/τα κάθε εξαρτημένο/α μέλος/η ώστε να δίνω αυτήν την συγκατάθεση για λογαριασμό του/τους

The member / Το μέλος

.....