

## ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

### ΜΕΡΟΣ I: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (Τον οποίο αφορά η αποζημίωση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ / ΑΔΤ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (οδός, αριθμός, ταχυδρομικός κώδικας, περιοχή)	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	E-MAIL	

### ΜΕΡΟΣ II: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (Συμπληρώστε μόνο εφόσον είναι διαφορετικό άτομο από τον ασφαλισμένο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ / ΑΔΤ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (οδός, αριθμός, ταχυδρομικός κώδικας, περιοχή)	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	E-MAIL	

### ΜΕΡΟΣ III: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΚΩΔ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΑΡΙΘ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Έχετε ήδη αναγγείλει στην INTERAMERIKAN ΕΑΕΖ Α.Ε. το ίδιο συμβάν;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

Αν ΝΑΙ παρακαλώ σημειώστε τον αριθμό Ζημιάς

### ΜΕΡΟΣ IV: ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

ΑΤΥΧΗΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	ΩΡΑ:
	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:	
ΑΣΘΕΝΕΙΑ/ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ/ ΑΛΛΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:	

Για το παραπάνω συμβάν έχω παραδώσει τα σχετικά δικαιολογητικά στο συνεργάτη της Εταιρίας, με εντολή να τα καταθέσει στην εταιρία INTERAMERIKAN ΕΑΕΖ Α.Ε, προκειμένου να λάβω το προβλεπόμενο από το/τα ασφαλιστήριο/α μου ασφαλισμα (αποζημίωση).

Οι παραπάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές. Εξουσιοδοτώ με την παρούσα οποιονδήποτε γιατρό, νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, ασφαλιστική εταιρία, που διαθέτει ιατρικό φάκελο δικό μου, να εφοδιάσουν εφόσον τούτο απαιτηθεί, την ασφαλιστική εταιρία INTERAMERIKAN ΕΑΕΖ Α.Ε. με οποιαδήποτε έγγραφα, πιστοποιητικά ή πληροφορίες αυτή ζητήσει τα οποία κρίνονται από αυτή απαραίτητα, τόσο για την παρούσα αποζημίωσή μου, όσο και για την διαπίστωση ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 3 Ν. 2496/1997 (παράβαση υποχρέωσης δήλωσης κάθε στοιχείου ουσιώδους, για την εκτίμηση του κινδύνου).

\_\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

\_\_\_\_\_  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ\*

\_\_\_\_\_  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

\_\_\_\_\_  
ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

\*Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος:

(α) Είναι ανήλικος: Υπογράφουν οι ασκούντες την γονική μέριμνα, (β) Έχει τεθεί σε Δικαστική Συμπάρσταση: Υπογράφει ο Δικαστικός Συμπαραστάτης