ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΕΛΤΑ Ν.Π.Ι.Δ.

Απελλού 1, 101 88 Αθήνα
ΤΗΛ. 210-52 00 522 – 210 52 28 508 FAX: 210 52 00 012
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: teaelta@elta-net.gr

ΤΕΑ ΕΛΤΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:
(Συμπληρώνεται από το ΤΕΑ ΕΛΤΑ)

ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ - ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α' – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ			
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
3. ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	
4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	
5. ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ			
7. ΑΛΛΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ☐ΝΑΙ ☐ΟΧΙ		ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ;	

ΜΕΡΟΣ Β' – ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ					
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
4. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ				5.ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
6. ΑΦΜ			7. ΑΜΚΑ		
8. ΙΒΑε				9. ΤΡΑΠΕΖΑ	

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος υποβάλλω με το παρόν απαίτηση για την προαναφερόμενη ασφάλεια και αποδέχομαι ότι οι έγγραφες δηλώσεις και ένορκες καταθέσεις όλων ανεξαιρέτως των ιατρών, οι οποίοι παρακολούθησαν ή παρείχαν θεραπεία στον ασφαλισμένο, καθώς επίσης και όλα γενικά τα έγγραφα που ζητούνται σύμφωνα με τις οδηγίες της Εταιρίας, αποτελούν και καθίστανται μέρος των αποδεικτικών θανάτου. Περαιτέρω αποδέχομαι ότι η παροχή από την Εταιρία του παρόντος εντύπου ή οποιωνδήποτε άλλων συμπληρωματικών εντύπων, δεν αποτελεί ούτε εξυπακούει την ύπαρξη ασφάλειας σε ισχύ ως προς την ζωή του ανωτέρω ασφαλισμένου, ούτε θεωρείται ως παραίτηση της Εταιρίας από οποιοδήποτε δικαίωμά της.
Εξουσιοδοτώ επίσης το Νοσοκομείο …… και τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που είχε επισκεφθεί ο θανών να παρέχουν στο ΤΕΑ ΕΛΤΑ, στην NN Hellas και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού του φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών.
Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία**, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κανονισμού GDPR,** των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων του θανόντος από το ΤΕΑ ΕΛΤΑ και την NN Hellas με σκοπό την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγειλα.

Ημερομηνία		**Υπογραφή Δικαιούχου**	

ΜΕΡΟΣ Β' ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ

Οι δικαιούχοι για την καταβολή της παροχής – αποζημίωσης υποβάλλουν στο ΤΕΑ ΕΛΤΑ τα εξής αποδεικτικά στοιχεία:

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ	**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**
☐ Αίτηση συμπληρωμένη από κάθε κληρονόμο	☐ Αίτηση συμπληρωμένη από κάθε κληρονόμο
☐ Κληρονομητήριο	☐ Κληρονομητήριο
☐ Πιστοποιητικό θανάτου (Επικυρωμένο αντίγραφο)	☐ Πιστοποιητικό θανάτου (Επικυρωμένο αντίγραφο)
☐ Επικυρωμένη Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐ Επικυρωμένη Ληξιαρχική πράξη θανάτου
☐ Πιστοποιητικό περί μη δημοσίευσης Διαθήκης	☐ Πιστοποιητικό περί μη δημοσίευσης Διαθήκης
☐ Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών (Οικογενειακή κατάσταση)	☐ Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών (Οικογενειακή κατάσταση)
☐	☐ Ιατροδικαστική έκθεση
☐	☐ Αποτελέσματα τοξικολογικής εξέτασης
☐	☐ Έκθεση αυτοψίας Τροχαίας
☐	☐