

Τ.Θ. 3005, 102 10 Αθήνα
Τηλ: 210 52 00 522, Fax: 210 52 00 012
Email: teaelta@elta-net.gr

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:.....
(Συμπληρώνεται από το TEA ΕΛΤΑ)

ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ - ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α' ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ			
1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ			
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
3. ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	
4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	
5. ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ			

ΜΕΡΟΣ Β' ΣΤΟΙΧΕΙΑ/ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥ			
1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ			
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
4. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ		5. ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
6. ΑΦΜ		7. ΑΜΚΑ	
8. IBAN		9. ΤΡΑΠΕΖΑ	
10. EMAIL			

ΜΕΡΟΣ Γ' ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ Ή/ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	
Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Ο κάτωθι υπογεγραμμένος υποβάλλω με το παρόν, απαίτηση για την προαναφερόμενη ασφάλεια και αποδέχομαι ότι οι έγγραφες δηλώσεις και έντορες καταθέσεις όλων ανεξαιρέτως των ιατρών, οι οποίοι παρακολούθησαν ή παρέχουν 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 το TEA- ΕΛΤΑ του παρόντος εντύπου ή οποιονδήποτε 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. Παρέχω τη συναίνεσή μου και εξουσιοδοτώ το Νοσοκομείο..... και τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που είχε επισκεφθεί ο θανών να παρέχουν στο TEA-ΕΛΤΑ, την ασφαλιστική εταιρεία NN Hellas και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για την Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσής στο TEA-ΕΛΤΑ και την ασφαλιστική NN Hellas για την επεξεργασία προσωπικών ή/και ευαίσθητων δεδομένων μου και συναινών ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση των στοιχείων που σας γνωστοποιώ οικειοθελώς, με σκοπό την αξιολόγηση της αίτησης αποζημίωσης που υποβάλλω. Διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω την ανωτέρω συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή, χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προ της ανάκλησής της.	

Ημερομηνία	Υπογραφή Κληρονόμου
------------	---------------------

ΜΕΡΟΣ Δ' ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ	
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ	ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ
☐ Αίτηση συμπληρωμένη από κάθε κληρονόμο	☐ Ιατροδικαστική έκθεση
☐ Κληρονομητήριο (όταν δεν υπάρχει διαθήκη)	☐ Αποτελέσματα τοξικολογικής εξέτασης
☐ Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών (Οικογενειακή κατάσταση)	☐ Έκθεση αυτοψίας Τροχαίας (στην περίπτωση τροχαίου ατυχήματος)
☐ Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐ Πόρισμα Προανάκρισης
☐ Πιστοποιητικό περί μη δημοσίευσης Διαθήκης	☐ Συμπληρωματικά ό,τι κρίνεται επιβεβλημένο, για να καταβληθεί η αποζημίωση
Στην περίπτωση που υπάρχει διαθήκη:	
☐ Απόφαση του Ειρηνοδίκειου που να κηρύσσει ΚΥΡΙΑ την διαθήκη	
☐ Πιστοποιητικό περί μη αποποίησης από το αρμόδιο Ειρηνοδικείο στην περιφέρεια του οποίου ο θανών είχε κατά τον χρόνο του θανάτου του την κατοικία του	
☐ Πιστοποιητικό περί μη αμφισβήτησης κληρονομικού δικαιώματος από το αρμόδιο Πρωτοδικείο στην περιφέρεια του οποίου ο θανών είχε κατά τον χρόνο του θανάτου του την κατοικία του	
☐ Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	
☐ Βεβαίωση Τήρησης Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN)	
☐ Συμπληρωματικά ό,τι κρίνεται επιβεβλημένο, για να καταβληθεί η αποζημίωση	