

3.1. ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ
 (Συμπληρώνεται από τον Δικαιούχο/ Διαχειριστή)

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:			
Όνοματεπώνυμο:			Αρ. Ταυτότητας:
Διεύθυνση Κατοικίας:			Τηλέφωνα:
Επάγγελμα κατά το χρόνο θανάτου:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:			
Ημερομηνία:	Ωρα:	Τόπος:	
Αιτία Θανάτου: Ατύχημα <input type="checkbox"/> Ασθένεια <input type="checkbox"/>			
Σύντομη Περιγραφή:			
Ημερομηνία πρώτης εξέτασης και διάγνωσης της τελευταίας ασθένειας και όνομα ιατρού:			
Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης για την τελευταία ασθένεια και το όνομα του ιατρού:			
Όνόματα και διευθύνσεις ιατρών που παρακολούθησαν και εξέτασαν τον ασφαλισμένο κατά την διάρκεια της ασθένειας του:			
Όνομα	Ειδικότητα	Διεύθυνση	
Ο θάνατος του ασφαλισμένου επιβεβαιώθηκε σε κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> ή σε Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/>			
Επωνυμία και διεύθυνση Νοσοκομείου / Ιδιωτικής Κλινικής:			
Ο θάνατος του ασφαλισμένου επιβεβαιώθηκε από ιδιώτη ιατρό; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Όνομα και διεύθυνση ιατρού:			
Ο αποβιώσας ήταν ασφαλισμένος και σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Ποσό: Ασφαλιστική Εταιρεία:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:			
Όνοματεπώνυμο:	Ημερ. Γεννήσεως:	Αρ. Ταυτ.	
Διεύθυνση κατοικίας:			Τηλ.
Συγγένεια με αποβιώσαντα:			
Με ποια ιδιότητα απαιτείτε την αποζημίωση;			
Απαιτείτε την αποζημίωση και εκ μέρους άλλων; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ΝΑΙ αναφέρατε ονόματα:			

ΔΗΛΩΣΗ	
Με το παρόν εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς, Νοσοκομεία και Κλινικές που σε οποιανδήποτε χρονική στιγμή εξέτασαν ή περιέθαλψαν τον αποβιώσαντα ασφαλισμένο, να προσκομίσουν στην GAN DIRECT INSURANCE LTD οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες που τυχόν θα ζητηθούν.	
Ημερομηνία	Υπογραφή Δικαιούχου/ Διαχειριστή

ΠΡΟΣΟΧΗ: Μαζί με το έντυπο απαιτήσεων, θα πρέπει να προσκομίζονται και όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά (πρωτότυπα).
Απαραίτητα δικαιολογητικά για απαίτηση αποζημίωσης λόγω θανάτου

- Έντυπα Απαίτησης (πλήρως συμπληρωμένα) (Εντός 6 μηνών από την ημέρα πιστοποίησης του θανάτου)
- Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ή Δήλωση/ Βεβαίωση απώλειας του
- Πιστοποιητικό Γέννησης και Πιστοποιητικό Θανάτου του Ασφαλισμένου
- Φωτοτυπία Ταυτότητας Ασφαλισμένου
- Ιατροδικαστική έκθεση νεκροψίας- νεκροτομής εάν έχει γίνει. Αν δεν έχει γίνει πρέπει απαραίτητα να προσκομίζεται βεβαίωση του Ιατρού που πιστοποίησε τον θάνατο, που θα αναφέρει το λόγο που δεν έγινε η νεκροψία- νεκροτομή.
- Ιατρικό ιστορικό αν νοσηλεύτηκε ο Ασφαλισμένος πριν το θάνατο του
- Πιστοποιητικό Απαλλαγής από τον Διευθυντή του Τμήματος Εσωτερικών Προσόδων (Έντυπα Ε. Πρ. 703-Ε. Πρ. 704)
- Έγγραφο Διαχείρισης Περιουσίας Αποθανόντος (εκδόθηκε από το δικαστήριο)