Δήλωση Ζημίας Γενικής Αστικής Ευθύνης

Παρακαλούμε συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα

INTERLIFE® ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

ΕΔΡΑ: 14ο χλμ. Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου
Τ.Κ. 57 001 Θέρμη - Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 499000. Fax: 2310 499099
www.interlife.gr
E-mail: claims@interlife.gr

ΑΡΙΘΜΟΣ ΖΗΜΙΑΣ ..... **ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ** .....
(συμπληρώνεται από την εταιρία)

Παρακαλούμε διαβάστε αυτές τις πληροφορίες προσεκτικά πριν συμπληρώσετε την παρακάτω δήλωση
Παρακαλούμε συμπληρώστε ΟΛΑ τα πεδία της δήλωσης ζημιάς, πριν την υπογράψετε και την επιστρέψετε σε εμάς στην ανωτέρω διεύθυνση. Να θυμάστε ότι όσα περισσότερα στοιχεία έχουμε στη διάθεση μας, τόσο πιο άμεση και γρήγορη θα είναι η διεκπεραίωση του φακέλου σας καθώς και η καταβολή τυχόν αποζημίωσης. Εάν έχετε απορία σχετικά με κάποια πεδία ή θέλετε οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλούμε μην διστάστε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο τηλέφωνο 2310 499.000, Δευτέρα έως Παρασκευή μεταξύ 9 π.μ. και 3 μ.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:		ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:		Τ.Κ.	ΠΟΛΗ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	FAX:	E-MAIL:	

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ/ΥΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΒΛΑΒΗΣ:	ΤΟΠΟΣ ΒΛΑΒΗΣ:

ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΒΛΑΒΗΣ: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΥΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ:

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΜΑΡΚΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΟΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟ)	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΓΟΡΑΣ**	**ΚΟΣΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ**	**ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ**

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΞΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΕΣ

ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΣΤΕΙ ΠΑΡΟΜΟΙΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ .....

.....

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Έχω γνώση των συνεπειών των σχετικών Νόμων, όπως και της ασφαλιστικής σύμβασης και πρακτικής, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιέχονται στην παρούσα είναι ακριβή κατά την ημερομηνία υποβολής και αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω τα μέσα απόδειξης του περιεχομένου τους. Δηλώνω δε, ότι θα αποδεχτώ την απόφαση της Εταιρίας για την ευθύνη και τον τρόπο διακανονισμού του δηλούμενου ατυχήματος. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από το Νόμο. Ανέγνωσα με προσοχή και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο της επεξεργασίας που πραγματοποιεί η Εταιρία, αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία της ασφάλισης και ότι η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα εκ μέρους της Εταιρίας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών, έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού φορητότητας και εναντίωσης) και για την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@interlife.gr και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για επεξεργασία των δεδομένων μου.

Παρακαλούμε για έγκαιρη παράδοση των εγγράφων **Υπογραφή Δικαιούχου** **Ημερομηνία**

Εάν πρόκειται για υλικές βλάβες παρακαλούμε να φυλάξετε τα αντικείμενα που υπέστησαν βλάβη, για τυχόν επιθεώρηση.