



Σκοπός μας είναι η γρήγορη εξυπηρέτηση. Γι' αυτό θα μας διευκολύνετε αν συμπληρώσετε και μας αποστείλετε την πιο κάτω δήλωση σε διάστημα 6(έξι) ημερών από την ημερομηνία του συμβάντος.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΒΙΩΣΑΝΤΑ/ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ασφαλιστηρίου:
Ημερομηνία Γέννησης:	Αρ. Κάρτας Νοσοκομείου:
Διεύθυνση Κατοικίας:	Τηλέφωνο:
Επάγγελμα κατά το χρόνο θανάτου:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Ημερομηνία Θανάτου:	Ωρα/Τόπος:		
Αιτία Θανάτου: Ατύχημα <input type="checkbox"/> Ασθένεια <input type="checkbox"/>			
Σύντομη Περιγραφή:			
Ημερομηνία πρώτης εξέτασης και διάγνωσης για την τελευταία ασθένεια του αποβιώσαντα και το όνομα του γιατρού:			
Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης για την τελευταία ασθένεια του και το όνομα του γιατρού:			
Όνόματα και διευθύνσεις γιατρών που παρακολουθούσαν τον ασφαλισμένο κατά τη διάρκεια της ασθένειας του:			
Όνομα	Ημερομηνία	Ειδικότητα	Διεύθυνση

Που διαπιστώθηκε ο θάνατος του ασφαλισμένου και από ποιόν;

Όνομα και διεύθυνση του γιατρού που πιστοποίησε το θάνατο του ασφαλισμένου:

Ήταν ο αποβιώσας ασφαλισμένος με άλλες ασφαλιστικές εταιρείες; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εταιρεία	Είδος Ασφάλειας	Ασφαλισμένο Ποσό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ	Δικαιούχος 1	Δικαιούχος 2	Δικαιούχος 3	Δικαιούχος 4
Όνοματεπώνυμο				
Συγγένεια				
Ημερ. Γέννησης				
Αρ. Ταυτότητας				
Επάγγελμα				
Διεύθυνση				
Τηλέφωνο				

ΔΗΛΩΣΗ

Με το παρόν εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς, νοσοκομεία, κλινικές που καθ' οιονδήποτε χρόνο εξέτασαν τον αποβιώσαντα να εφοδιάσουν την UNIVERSAL LIFE INSURANCE PUBLIC CO LTD με οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες τους ζητήσει.

Υπογραφή Δικαιούχου/Διαχειριστή

Ημερομηνία



(Το έντυπο αυτό να συμπληρωθεί από τον γιατρό που πιστοποιήσει το θάνατο του ασφαλισμένου)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:	Ημερ. Γεννήσεως:
Διεύθυνση:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Ημερομηνία Θανάτου:	Τόπος Θανάτου:
Όνομα Νοσοκομείου/Κλινικής:	
Αιτία Θανάτου (δηλ. είδος ασθένειας, τραύμα ή επιπλοκή η οποία προξένησε το θάνατο):	
Προηγούμενα αίτια τα οποία προξένησαν την πιο πάνω αιτία και από τότε χρονολογούνται;	
Άλλες σοβαρές καταστάσεις οι οποίες συνέβαλαν στο θάνατο αλλά άσχετες με την κατάσταση που προξένησε το θάνατο και από τότε χρονολογούνται;	

Ημερομηνία πρώτης εξέτασης για την τελευταία ασθένεια	
Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης για την τελευταία ασθένεια	
Διάρκεια ασθένειας η οποία ήταν η αιτία θανάτου	

Οφείλεται ο θάνατος σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία; (Περιγράψτε)
Έγινε ανάκριση; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έγινε νεκροψία; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πόρισμα ανάκρισης / νεκροψίας;
Εξετάσατε ή συμβουλευσατε τον αποβιώσαντα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 χρόνων πριν την τελευταία ασθένεια; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Ημερομηνία Εξέτασης	Ασθένεια	Θεραπεία

Γνωρίζετε αν ο αποβιώσας εξετάστηκε κατά τη διάρκεια των 5 τελευταίων χρόνων από οποιοδήποτε γιατρό ή νοσηλεύτηκε σε οποιοδήποτε Νοσοκομείο ή Κλινική; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Ημερομηνία	Νοσοκομείο/Κλινική/Γιατρός	Ασθένεια

ΔΗΛΩΣΗ

Απ' ότι γνωρίζω οι πιο πάνω δηλώσεις είναι αληθείς.	
Όνομα Γιατρού	Υπογραφή.....
Ειδικότητα.....	Ημερομηνία.....
Διεύθυνση	Σφραγίδα