MetLife Alico

ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ – ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: (Αν είναι γυναίκα δώστε και το πατρικό)	
2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ:	3. ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:
4. ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:	5. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:
6. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:	
7. ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:	
8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ:	9. ΤΟΠΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ:
10. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ:	
11. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:	
12. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΚΕΙΝΩΝ ΠΟΥ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΑΥΤΗ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ....
13. ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΙΣΧΥΟΣ, ΠΟΣΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ:	ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΟΣΟ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ....
14. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΩΝ:	
15. ΟΝΟΜΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	

Ο/ Οι κάτωθι υπογεγγραμένος/οι, με το παρόν υποβάλλω/μεν απαίτηση για την προαναφερόμενη ασφάλεια και αποδεχόμαι/ στε ότι οι έγγραφες δηλώσεις ή/και ένορκες καταθέσεις όλων ανεξαιρέτως των γιατρών, οι οποίοι παρακολούθησαν ή παρείχαν θεραπεία στον ασφαλισμένο, καθώς επίσης και όλα γενικά τα έγγραφα που ζητούνται σύμφωνα με τις οδηγίες της Εταιρείας, αποτελούν και καθίστανται μέρος των αποδεικτικών θανάτου. Περαιτέρω αποδέχομαι ότι η παροχή από την Εταιρεία του παρόντος εντύπου ή οποιωνδήποτε άλλων συμπληρωματικών εντύπων, δεν αποτελεί ούτε εξυπακούει την ύπαρξη ασφάλειας σε ισχύ ως προς την ζωή του ανωτέρου ασφαλισμένου, ούτε θεωρείται ως παραίτηση της Εταιρείας από οποιοδήποτε δικαίωμα της.

Εξουσιοδοτώ όλους τους Οργανισμούς καθώς και όλους τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που είχε επισκεφθεί ο θανών να παρέχουν στην ALICO και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτήν πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία, κατά την έννοια του νόμου 138(1)2001, των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων του θανόντος από την ALICO με σκοπό την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγειλα.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ..... ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΕΣ: 1. .....
2. .....
3. .....

ΜΑΡΤΥΡΑΣ: ..... ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ: .....

ΜΑΡΤΥΡΑΣ: ..... ΕΚΔΟΧΕΙΣ: .....

Το έντυπο αυτό να μαρτυρείται από τον Εργοδότη, για Ομαδική Ασφάλεια. Για άλλες περιπτώσεις να υπογράφει σαν μάρτυρας ο Διευθυντής Υποκαταστήματος ή Πιστοποιών Υπάλληλος.

CL 1