

Υπεύθυνη Δήλωση Ατυχήματος

Παρακαλούμε συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα



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

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ	ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ	ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ	ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ	
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)		ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΧΡΗΣΗ	ΜΑΡΚΑ	ΤΥΠΟΣ	ΧΡΩΜΑ	ΙΠΠΟΙ
ΟΔΗΓΟΣ (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ	ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ	ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΗΜΕΡ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	ΩΡΑ	ΠΟΛΗ / ΟΔΟΣ / ΠΕΡΙΟΧΗ			
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΑΡΜΟΔΙΟ ΤΜΗΜΑ		ΟΔΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΕΤΑΙΡΙΑ ΟΔΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΟΔΗΓΩΝ					
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΟΔΗΓΟΣ (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΜΑΡΚΑ	ΤΥΠΟΣ	ΧΡΩΜΑ		
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ		ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΤΟ ΟΧΗΜΑ			
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ή ΤΟΝ ΟΔΗΓΟ ΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ (σημειώστε με X):					
ΟΧΙ ΥΠΑΙΤΙΟ <input type="checkbox"/>	ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΥΠΑΙΤΙΟ <input type="checkbox"/>		ΥΠΑΙΤΙΟ <input type="checkbox"/>		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΖΗΜΙΕΣ ΣΕ ΆΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ή ΖΩΑ					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ	ΕΙΔΟΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ			

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Έχετε συμπληρώσει Έντυπο Φιλικού Διακανονισμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αναλάβατε την ευθύνη σας με Υπεύθυνη Δήλωση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γνωρίζετε τον εμπλεκόμενο τρίτο;

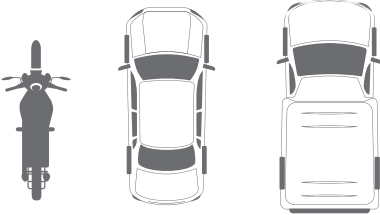
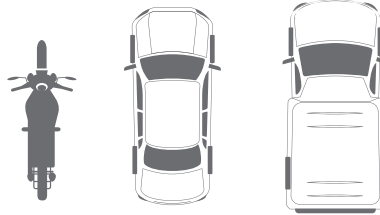
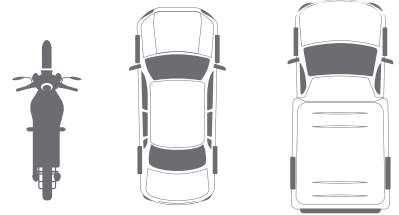
ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι συγγενής σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πώς μεταφέρθηκε το όχημα του τρίτου;

Πώς ήρθατε σε επαφή με τον τρίτο μετά το ατύχημα;

Ασφαλισμένο όχημα**Β' όχημα****Γ' όχημα**

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 δικαιώματά μου 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 dfo@interlife.gr και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για επεξεργασία των δεδομένων μου.

Ο/Η Λαβών/ούσα τη δήλωση
(Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή)

Τόπος/Ημερομηνία

Ο/Η Δηλών/ούσα
(Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή)