

Αίτηση Αποζημίωσης

ΑΡ. 6 ΠΑΡ. 6 Π.Δ. 237/86

Παρακαλούμε συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα



ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων
ΑΦΜ 094342626 - ΔΟΥ ΦΑΕ ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗΣ - ΑΡ. ΓΕΜΗ 057606004000

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

ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Ζητώ την αποζημίωσή μου για το ατύχημα που έγινε στις/...../..... και ώρα
στην περιοχή και στην οδό

ΠΑΡΑΘΕΤΩ ΕΝ ΣΥΝΤΟΜΙΑ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΖΗΜΙΟΓΟΝΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
E-MAIL		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ		
ΜΑΡΚΑ / ΤΥΠΟΣ		
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ		

Ο ΟΔΗΓΟΣ ΠΟΥ ΜΕ ΧΤΥΠΗΣΕ ΥΠΕΠΕΣΕ ΣΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΗ ΠΑΡΑΒΑΣΗ (σημειώνω με X στην αριστερή πλευρά):

<input type="checkbox"/>	Ξεκίνησε από στάση / άνοιξε την πόρτα
<input type="checkbox"/>	Εγκατέλειπε χώρο στάθμευσης / ιδιωτικό χώρο / έβγαине από χωματόδρομο
<input type="checkbox"/>	Εισερχόταν σε χώρο στάθμευσης / ιδιωτικό χώρο / χωματόδρομο
<input type="checkbox"/>	Άηθαξε ηωρίδα
<input type="checkbox"/>	Προσπέρασε
<input type="checkbox"/>	Έστριψε απότομα
<input type="checkbox"/>	Έκανε όπισθεν
<input type="checkbox"/>	Μπήκε στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας
<input type="checkbox"/>	Έκανε αναστροφή
<input type="checkbox"/>	Παραβίασε κόκκινο φωτεινό σηματοδότη
<input type="checkbox"/>	Παραβίασε σήμα ΣΤΟΠ
<input type="checkbox"/>	Άλλο:


ΣΗΜΕΙΩΝΩ ΜΕ X ΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ:

Όχημα αιτούντος	Ζημιόγono όχημα

ΠΑΡΑΘΕΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

1. Ήρθε τροχαία ΝΑΙ ΟΧΙ (ποια)
2. Χρησιμοποίησα Οδική Βοήθεια (ποια) για την εξυπηρέτησή μου
3. Παρόντες ήταν οι μάρτυρες (όνοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, κινητό):
- A.
- B.
4. Τραυματίστηκαν οι (όνοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, κινητό):
- A.
- B.
5. Αυτή τη στιγμή το όχημά μου βρίσκεται διαθέσιμο για πραγματογνωμοσύνη στην ακόλουθη διεύθυνση (επωνυμία, διεύθυνση, τηλέφωνο, κινητό, κλη):
-
-

ΣΧΕΔΙΑΖΩ ΤΙΣ ΟΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ (σχεδιάγραμμα):



ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

.....

.....

.....

Συμφωνώ στην διαβίβαση και επεξεργασία στοιχείων του φακέλου Ζημίας (φωτογραφίες τόπου ατυχήματος, έκθεση πραγματογνωμοσύνης με φωτογραφίες, δεδομένα υγείας όπως ιατρικές γνωματεύσεις/πορίσματα, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων) σε συνεργαζόμενους πραγματογνώμονες ή/και ιατρούς για εκτίμηση της ζημίας, καθώς και σε κάθε άλλη εμπλεκόμενη ασφαλιστική εταιρεία (εφόσον πρόκειται για ατύχημα που εντάσσεται στο Σύστημα Άμεσης Πληρωμής (Σ.Α.Π.) σε περίπτωση μη αποζημίωσης).

Συμφωνώ

Δεν Συμφωνώ

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΩ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ (σημειώνω με X στην αριστερή πλευρά):

<input type="checkbox"/>	Άδεια Κυκλοφορίας
<input type="checkbox"/>	Άδεια Ικανότητας Οδηγού
<input type="checkbox"/>	Δελτίο Οδικού Τροχαίου Ατυχήματος
<input type="checkbox"/>	Έντυπο Φιλικής Δήλωσης
<input type="checkbox"/>	Αντίγραφο Φροντίδας Ατυχήματος

Τόπος Ημ/νία/...../.....

Ο Αιτών