

**NOTIFICATION OF DEATH CLAIM, PERMANENT TOTAL DISABILITY CLAIM,
DISMEMBERMENT CLAIM /
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΟ, ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ
ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ.**

INSUREDS NAME :

Όνομα Ασφαλισμένου

IDENTITY CARD NUMBER :

Αριθμός Ταυτότητας

POLICY NUMBERS:

Αριθμός Συμβολαίου

CAUSE OF DEATH / ΘΑΝΑΤΟΥ

Died naturally

☐

/ Died accidentally

☐

Φυσικός Θάνατος

Θάνατος από ατύχημα

Is totally disabled due to accident

☐

/ Is totally disabled due to sickness

☐

Μόνιμη ανικανότητα από ατύχημα

Μόνιμη ανικανότητα λόγω ασθένειας

DATE OF DEATH / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ :

DETAILS/ ΣΤΟΙΧΕΙΑ :

Please below describe the circumstances of death and or disability

Παρακαλούμε σημειώστε τις συνθήκες του θανάτου ή της ανικανότητας:

.....
.....
.....
.....

Notified by /Κοινοποιήθηκε από:

Full Name :

Tel. Number:

Πλήρες Όνομα

Αριθμός Τηλεφώνου

Relationship to insured :

Σχέση με τον/την ασφαλισμένο/η:

Date:

Ημερομηνία:

Prepared by/ Συμπληρώθηκε από:

Agency Managers Signature

Υπογραφή Δ/ντη Υποκατ/τος

Full Name:

Πλήρες Όνομα

Date :

Ημερομηνία

NOTES / ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

For Group Life Insurance this form should be submitted by the Employer.

Για Ομαδικές Ασφαλίσεις το παρόν πρέπει να συμπληρώνεται από τον Εργοδότη.

For death claims please attach the death certificate.

Για απαιτήσεις θανάτου να επισυνάπτεται Πιστοποιητικό Θανάτου.