

Για αναγγελίες κλάδων Τεχνικών Ασφαλίσεων, Μεταφορών, Πλοίων, Αστικής Ευθύνης, Κλοπής & Εμπιστοσύνης  
 Email: anaggelies.loiroi@ethnikiasfalistiki.gr

## ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΖΗΜΙΑΣ

Κλάδος: (Παρακαλούμε επιλέξτε)

Τεχνικών Ασφαλίσεων  Μεταφορών  Πλοίων  Αστικής Ευθύνης  Κλοπής & Εμπιστοσύνης

Η συμπλήρωση των στοιχείων με \* είναι υποχρεωτική

Αριθμός Συμβολαίου*	
Αριθμός Πρ. Πράξης (Μόνο για κλάδο Μεταφορών)*	
<b>Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία Ασφαλισμένου*</b>	
Α.Φ.Μ.*	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας*	
E-mail*	
<b>Στοιχεία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή</b>	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	
E-mail	
Ασφαλισμένο Αντικείμενο* (Για τον κλάδο Πλοίων το όνομα του σκάφους/πλοίου)	
Είδος Ατυχήματος / Ζημιάς*	
Αίτιο Ατυχήματος / Ζημιάς*	
Ημερομηνία Ατυχήματος / Ζημιάς*	
Τοποθεσία Ατυχήματος / Ζημιάς*	
Τοποθεσία που Βρίσκονται τα Ζημιωθέντα* (Για τον κλάδο Πλοίων τοποθεσία που βρίσκεται το πλοίο/σκάφος)	
Εκτίμηση Ύψους Ζημιάς*	
Ενημερώθηκε Αστυνομικό Τμήμα ή άλλη Δημόσια Αρχή;*	
Εάν ναι ποια;	
Αριθμός Ζημιωθέντων-Τρίτων & Στοιχεία Αυτών*	
Απαίτηση Τρίτων για το Συμβάν (εάν υπάρχει)	

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΖΗΜΙΑΣ

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Η αναγγελία ζημιάς θα πρέπει να γίνεται μέσα στα χρονικά όρια που ορίζει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Δεν πρέπει να προβαίνετε σε αποκατάσταση της ζημιάς ή σε απομάκρυνση ζημιωθέντων πραγμάτων πριν επιληφθεί της ζημιάς πραγματογνώμονας ή πριν λάβετε οδηγίες από αρμόδιο υπάλληλο της εταιρίας.
- **Για τον κλάδο Μεταφορών** είναι απαραίτητο να γίνει το συντομότερο δυνατό έγγραφη διαμαρτυρία προς τον εντολοδόχο μεταφοράς ή/και προς οποιονδήποτε άλλο ευθύνεται για τη ζημιά (αεροπορική μεταφορά εντός 14 ημερών, οδική μεταφορά εντός 7 ημερών, ατμοπλοϊκή μεταφορά εντός 3 ημερών).

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία της παρούσας δήλωσης είναι πλήρη και ακριβή.**

**Συγκατατίθεμαι** στην κοινοποίηση όλων των επικοινωνιών μέσω email καθώς και των εγγράφων, που αφορούν τη συγκεκριμένη ζημιά και στον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή.\*

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(Εάν η αναγγελία ζημιάς γίνεται από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή του ασφαλισμένου, θα πρέπει να επισυνάπτεται σχετική δήλωση συγκατάθεσης, του Ν. 1599/1986, με θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του ασφαλισμένου, μέσω gov.gr)

Ο/Η Δηλών/Δηλούσα

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή