

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και αποστείλετε στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας εντός 8 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της ασθένειας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ (ΟΜΑΔΙΚΟΥ/ΑΤΟΜΙΚΟΥ/ΠΡ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ): _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό: _____

Επάγγελμα: _____

Διεύθυνση εργασίας: _____

Ασφ. ταμείο: _____ Βιβλιάριο υγείας: ☐ Ναι ☐ Όχι

Άλλη ασφαλιστική εταιρία: _____

Εξαρτώμενο μέλος (συμπληρώνεται, εάν η δήλωση το αφορά: _____

A. ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημ/νία ατυχήματος: _____ Ώρα: _____ Τόπος: _____

Λεπτομερής περιγραφή του ατυχήματος (αιτία και συνέπειες, πού δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες κλπ): _____

B. ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΤΟΚΕΤΟΣ

Περιγραφή της ασθένειας/ τοκετού και έναρξη συμπτωμάτων: _____

(Σημείωση: Σε περίπτωση τοκετού κρίνεται απαραίτητη η προσκόμιση Ληξιαρχικής Πράξης Γέννησης)

Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά ιατρό για αυτή την ασθένεια: _____

Αναφέρεται όνομα ιατρού και τηλέφωνο: _____

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα; ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, αναφέρατε λεπτομερώς: _____

Γ. ΘΑΝΑΤΟΣ

Ημ/νία θανάτου: _____ Αιτία θανάτου: _____

(Σημείωση: Κρίνεται απαραίτητη η προσκόμιση της Ληξιαρχικής Πράξης θανάτου)

Δ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όνομα ιατρού ή Νοσοκομείου που νοσηλευτήκατε: _____

Διάρκεια νοσηλείας από: _____ έως _____

Ποια αστυνομική αρχή έλαβε γνώση (σε περίπτωση τροχαίου): _____

Πότε; _____

Δόθηκε αναρρωτική άδεια; ☐ Ναι ☐ Όχι Από: _____ έως _____

Συνεχίζεται; ☐ Ναι ☐ Όχι

Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας; ☐ Ναι ☐ Όχι

Από πότε; _____

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

☐ Ιατρική γνωμάτευση

☐ Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις

☐ Ιατρική συνταγή

☐ Ιατρικό ιστορικό, φάκελος νοσηλείας

☐ Αποτελέσματα εξετάσεων

☐ IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΗΣ (ευκρινής φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τραπέζης)

	Αριθμός	Ποσό
☐ Αποδείξεις ιατρών	_____	_____
☐ Αποδείξεις φαρμάκων	_____	_____
☐ Αποδείξεις εξετάσεων	_____	_____
☐ Αποδείξεις νοσηλείας	_____	_____

Άλλα δικαιολογητικά και σχόλια ασφαλισμένου: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δηλώνω ότι:

1. Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αποδέχομαι ότι αποτελούν τη βάση για τη συμμετοχή τη δική και των εξαρτώμενων μελών μου στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης που έχει συνάψει ο Λήπτης της Ασφάλισης με την ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ. Αποδέχομαι δε τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της αναφερόμενης Ασφαλιστικής Σύμβασης.
2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Ασφαλιστική Εταιρία για οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας μου και της υγείας των εξαρτώμενων μελών μου, η οποία τυχόν συμβεί στο διάστημα από τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης μέχρι την ημερομηνία της οριστικής υπαγωγής μου στην ομαδική ασφάλιση.
3. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή των παραπάνω στοιχείων λάβει χώρα πριν ή μετά την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
4. Έχω λάβει την έγγραφη συγκατάθεση των φυσικών προσώπων, τα προσωπικά δεδομένα των οποίων ενδέχεται να αναφέρονται στην παρούσα αίτηση.

Τόπος / Ημερομηνία

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

Ο Ασφαλισμένος