



ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ

ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Μ.Α.Ε.: 35079/05/Β/96/002, Α.Φ.Μ.: 094450059, Δ.Ο.Υ.: Φ.Α.Ε. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ: "INTERCENTER", 15ο Χ.Λ.Μ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ,
Τ.Θ. 22402, Τ.Κ. 55102, ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 2310/492.100, FAX: 2310/465.219
ΥΠ/ΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: Ν. ΚΟΥΝΤΟΥΡΙΩΤΟΥ 19, Τ.Κ. 54625 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ,
ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 2310/554.641, 501.776, FAX: 2310/541.228
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΘΗΝΩΝ & Ν. ΕΛΛΑΔΟΣ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 175, Τ.Κ. 17121 ΑΘΗΝΑ,
ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 210/930.4000, FAX: 210/930.40.40
24ωρη, χωρίς χρέωση, τηλεφωνική γραμμή 11.555 και 11.655,
από όλα τα κινητά τηλέφωνα για παροχή Βοήθειας
www.intersalonica.gr e-mail: company@intersalonica.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΚΩΔ.	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ - ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ	ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΖΗΜΙΑΣ ΠΑΘΟΝΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΖΗΜΙΑΣ ΕΔΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΖΗΜΙΑΣ ΠΡΑΚΤΟΡΑ

ΑΡΙΘΜ. ΑΣΦ/ΡΙΟΥ	ΑΡΙΘΜ. ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΕΚΔ.	ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ	ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΧΡΗΣΗ	ΙΠΠΟΙ	ΕΡΓΟΣΤ. ΤΥΠΟΣ	ΧΡΩΜΑ	*

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΕΠΑΣΦ.	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΟΔΗΓΟΣ - ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΥΛΟ	ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ	ΗΜ.ΕΚΔΟΣ.	ΕΠΑΓ/ΕΡΑΣ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝ.	ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ

ΗΜΕΡ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	ΩΡΑ	ΗΜ.ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ	ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ (ΠΟΛΗ - ΧΩΡΙΟ - ΟΔΟΣ)	ΑΣΤΥΝ. ΑΡΧΗ - ΠΟΙΑ - ΠΩΣ;

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΑΡ. ΚΥΚΛ.	ΧΡΗΣΗ	*	ΑΣΦΑΛ. ΕΤΑΙΡΙΑ	ΕΠ' ΑΛΛΩΝ ΠΡΑΓΜΑΤΩΝ ΕΙΔ. ΖΗΜ.
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΟΔΗΓΟΣ						
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΟΔΗΓΟΣ						
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΟΔΗΓΟΣ						
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΟΔΗΓΟΣ						

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΝΤΩΝ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ

ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ

ΕΗΜΕΙΣ ΜΕ ΒΕΛΟΣ ΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΟΡΑ ΚΡΟΥΣΗΣ, ΤΟΝ ΑΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΝΑΓΡΑΨΤΕ ΣΤΙΣ ΣΤΗΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΔΕΙΞΗ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟΥ (*).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ

.....

.....

.....

.....

.....

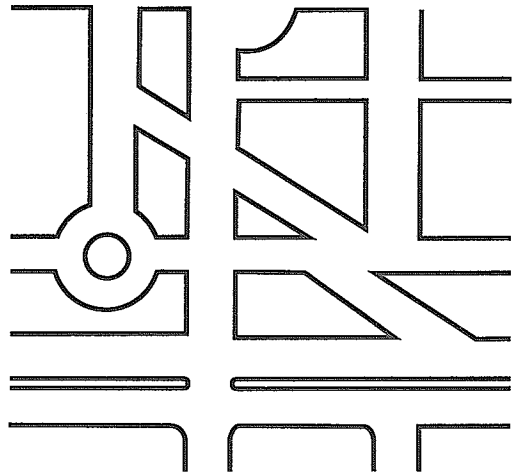
.....

.....

.....

.....

.....



ΔΙΑΓΡΑΜΜΗΣΗ ΟΔΟΥ: ΔΙΠΛΗ ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗ

ΣΗΜΑΝΣΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ (Ονοματεπώνυμο - Τηλέφωνα)

ΠΟΙΟΣ ΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ

ΣΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΕΠΕΛΗΦΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΥΠΕΒΑΛΕ ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΥΠΕΓΡΑΨΕ ΣΤΟΝ ΠΑΘΟΝΤΑ ΔΗΛΩΣΗ Ν. 1599/86	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΥΠΕΓΡΑΨΕ ΣΤΟΝ ΠΑΘΟΝΤΑ ΔΗΛΩΣΗ ΦΙΛ. ΔΙΑΚ/ΜΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

Έχω γνώση των συνεπειών των σχετικών Νόμων, όπως και της ασφαλιστικής σύμβασης και πρακτικής, δηλώνω δε υπεύθυνα ότι οι παραπάνω δηλώσεις μου είναι ακριβείς και αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω τα μέσα απόδειξης του περιεχομένου τους.

Ο/Η ΛΑΒΩΝ/ΟΥΣΑ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή)