

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

(Συμπληρώστε και στείλτε την παρούσα το ταχύτερο στον Ασφαλιστή ή το πρακτορείο ή στα Γραφεία της Εταιρείας)

**ΑΡ.ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ :** ..... **ΟΝ/ΝΥΜΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ :** .....  
**ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΠΑΘΟΝΤΟΣ/ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ :** .....  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** α) κατοικίας : ..... **Τηλ. :** .....  
 β) εργασίας : ..... **Τηλ. :** .....  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** .....

**A. ΑΤΥΧΗΜΑ**

1. Περιγράψτε με σαφήνεια και λεπτομερώς το ατύχημα και τις συνθήκες με τις οποίες έγινε :  
 .....
2. Ημερομηνία : ..... 3. Ώρα : ..... 4. Τόπος : .....  
 Ποιές συνέπειες είχατε από το ατύχημα :  
 .....
3. ....  
 .....

**B. ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

1. Περιγράψτε με σαφήνεια και λεπτομερώς τη φύση και τα συμπτώματα της ασθένειας :  
 .....
2. Πότε αισθανθήκατε τις πρώτες ενοχλήσεις (παρακαλούμε δώστε σαφείς πληροφορίες) :  
 .....
3. Έχετε στο παρελθόν ασθενήσει από αυτή την αιτία ;    **ΝΑΙ**     **ΟΧΙ**

(Αν **ΝΑΙ**, αναφέρατε λεπτομέρειες): .....

**Γ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

1. Εισαχθήκατε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα :    **ΝΑΙ**     **ΟΧΙ**
2. Στοιχεία Νοσηλευτικού Ίδρύματος : ..... **Τηλ.**.....
3. Ημ/νία Εισόδου : ..... **Ημ/νία Εξόδου :** .....
4. Δικαιούσθε αποζημίωσης από άλλο ασφαλιστικό φορέα (ιδιωτικό ή δημόσιο) ;    **ΝΑΙ**     **ΟΧΙ**

(Αν **ΝΑΙ**, αναφέρατε λεπτομέρειες): .....

**Δ. ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ : (Σημειώστε όσα αποστέλλονται)**

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Ιατρική Γνωμάτευση                                      | <input type="checkbox"/> | 6. Παραπεμπτικό για Παρακλινικές Εξετάσεις              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Πρωτότυπα Δελτία Παροχής Υπηρεσιών Ιατρών ή Νοσοκομείου | <input type="checkbox"/> | 7. Πορίσματα εξετάσεων (μικροβιολογικών, ακτινολογικών) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ιατρικές Συνταγές για Φάρμακα                           | <input type="checkbox"/> | 8. Ανάλυση λογαριασμού Νοσοκομείου ή Κλινικής           | <input type="checkbox"/> |
| 4. Αποδείξεις Φαρμακείου                                   | <input type="checkbox"/> | 9. Ιατρική Έκθεση Νοσοκομείου ή Κλινικής                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Αποκόμματα Φαρμάκων (κουπόνια)                          | <input type="checkbox"/> | 10. Παραπεμπτικό για αναρρωτική άδεια                   | <input type="checkbox"/> |

Ο/Η υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου περί ψευδούς δήλωσης, ότι όλα τα παραπάνω είναι αληθινά :

**ΤΟΠΟΣ** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** ..... /..... /.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦ. ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ**

**Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΔΗΛΩΝ**

.....

.....