UNIVERSAL LIFE

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σκοπός μας είναι η γρήγορη εξυπηρέτησή σας. Γι' αυτό θα μας διευκολύνετε αν σε περίπτωση ατυχήματος συμπληρώσετε και αποστείλετε την πιο κάτω δήλωση σε διάστημα 6(έξι) ημερών από την ημέρα του ατυχήματος μαζί με το πιστοποιητικό άδειας του γιατρού στο οποίο θα φαίνεται και η αιτία της παραχώρησης άδειας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Αρ. Ασφαλιστηρίου:	
Ονοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας:
Ημερομηνία Γέννησης:	Αρ. Κ.Α.
Διεύθυνση Οικίας:	Τηλ.:
Όνομα Εργοδότη:	
Διεύθυνση Εργασίας:	Τηλ.:
Επάγγελμα (λεπτομερώς):	
Μισθός:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία:	Ώρα:	Τόπος:
Σύντομη Περιγραφή:		
Ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήσαν παρόντες: α. ……Τηλ.:……... β. ……Τηλ.:……...		
Ποιές σωματικές βλάβες πάθατε από το ατύχημα;		

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετράγωνο και δώστε λεπτομέρειες όπου η απάντηση είναι ΝΑΙ

Νοσηλευτήκατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	
Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής:	
Ημερομηνία Εισόδου:	Ημερομηνία Εξόδου:
Αρχίσατε έστω και μερικώς να εργάζεστε ή επιβλέπετε την εργασία σας και από πότε; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	
Είχατε στο παρελθόν παρόμοια ατυχήματα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	
Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία και ποιό ποσό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου, το Νοσοκομείο ή την Κλινική να δώσει κάθε πληροφορία σε σχέση με την παρούσα δήλωση.

…… ……

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερομηνία