



ΜΕΡΟΣ Α - Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Όνομα Ασφαλισμένου:..... Αρ. Συμβολαίου:.....

Αρ. Ταυτότητας:..... Ημερ. Γεννήσεως:.....

Ημερομηνία που πληρώθηκε το τελευταίο ασφάλιστρο:

Δηλώστε

Ημερομηνία Ατυχήματος:..... Ώρα:..... Τόπος:.....

Όνομα Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλεύτηκατε και επισυνάψετε σχετικά πιστοποιητικά.....

..... Τηλ:.....

Ημερομηνία Εισόδου:..... Ημερομηνία Εξόδου:.....

Όνομα γιατρού που σας παρακολούθησε:

1..... Τηλ:.....

2..... Τηλ:.....

Απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις

Παραμένιατε περιορισμένος στο σπίτι;

Ναι Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Παρακολουθούσατε ή επιβλέπατε την εργασία σας καθ' οιονδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής αναπηρίας σας;

Ναι Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Πότε αναμένετε ότι θα αναλάβετε τακτικά εργασία;.....

Δικαιούσατε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία και ποιο το ποσό;

Ναι Όχι

Δηλώ 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.

Ημερομηνία..... Υπογραφή.....

Για Εσωτερική χρήση:

.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β - ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:..... Ηλικία:.....

Επάγγελμα:.....

1. Ημερομηνία που εξετάσετε τον ασθενή για:

Πρώτη Φορά..... Τελευταία φορά:..... Σύνολο εξετάσεων.....

Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; (Αν ναι, από ποιο και πότε) Ναι Όχι 2. α) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του ατυχήματος; Ναι Όχι

Αν ναι περιγράψτε:.....

β) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις:.....

γ) Διάγνωση (λεπτομερώς):.....

δ) Θεραπεία που παρασχέθηκε:.....

ε) Έγινε ακινητοποίηση μέλους του σώματος; Αν ναι, μέχρι:.....

3. Έπασχε ο ασθενής στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοιο περιστατικό; Ναι Όχι

4. Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο νοσοκομείο/κλινική από μέχρι.....

5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια από μέχρι.....

6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής:

α) θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή εργασθεί μερικώς από μέχρι.....

β) ήταν τελείως ανίκανος για κάθε εργασία ή επίβλεψη της εργασίας από μέχρι.....

7. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί (εάν όχι δώστε εξηγήσεις): Ναι Όχι

8. Αναφέρετε τυχόν συμπληρωματικά στοιχεία για εκτίμηση του ατυχήματος:.....

Όνομα Γιατρού:..... Ειδικευση:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:..... Τηλ:.....

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:.....

Όνομα:..... Υπογραφή:..... Ημερ.:.....