

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ – ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η παρούσα συμπληρώνεται λεπτομερώς και υπογράφεται από τον Ασφαλισμένο, αποστέλλεται δε στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας εντός 8 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της ασθένειας ή της ημερομηνίας εισαγωγής στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ/ΩΝ	60000540
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛ.
Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΤΗΛ.
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ	ΒΙΒΛ.ΥΓΕΙΑΣ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΗ ΑΣΦ.ΕΤΑΙΡΙΑ
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ (συμπληρώνεται, εάν η δήλωση το αφορά)	

A. ΑΤΥΧΗΜΑ
Ημ/νία ατυχήματος : ___/___/___ Ώρα : ___ πμ/μμ Τόπος : ..
Λεπτομερής περιγραφή του ατυχήματος, αίτια και συνέπειες :
Πού δόθηκαν οι Πρώτες βοήθειες και από Ποιον/ ους :

B. ΑΣΘΕΝΕΙΑ
Περιγραφή της Ασθένειας (μορφή και συμπτώματα):
Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας :
Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά γιατρό για αυτή την ασθένεια :
(αναφέρατε όνομα γιατρού και τηλ.)
Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (αναφέρατε λεπτομερώς στο πίσω μέρος)