

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

A.

Αριθμός Συμβολαίου: Κωδικός Ασφαλιστή:

Όνομα Ασφαλιζομένου: :

Όνομα Τραυματισθέντα:

Διεύθυνση :

Τηλέφωνο 1:..... Τηλέφωνο 2: Τηλέφωνο 3:

Επάγγελμα:.....

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ - ΑΣΘΕΝΕΙΑ

α) Ημερομηνία Ατυχήματος:..... Ώρα :

β) Τόπος :

γ) Δώστε σύντομη περιγραφή του ατυχήματος :

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

δ) Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες

1)

2)

ε) Φύσις και έκταση τραυμάτων :

ζ) Ο τραυματισθείς ξανάρχισε την εργασία του; Ναι ☐ Όχι ☐ Εάν ΝΑΙ τότε;.....

Γ. ΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ

α) Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής :

.....

β) Ημερομηνία και ώρα εισόδου :

Ημερομηνία και ώρα εξόδου :

Δ. ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

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 την PRIME INSURANCE COMPANY LTD για οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε χρειασθεί από το Νοσοκομείο ή Κλινική σε σχέση με το περιστατικό ή το ιστορικό υγείας μου.

Ημερομηνία :

Υπογραφή Ασφαλιζομένου :