

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΖΗΜΙΑΣ ΓΙΑ Α.Π.Α. ΚΑΙ Μ.Ο.Α.

Αρ. Συμβολαίου Αρ. Ζημιάς
Ημερομηνία Αναγγελίας Ασφαλιστής
Καλύψεις
Ημερομηνία έναρξης συμβολαίου

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ

Ασφαλιζόμενος
Τραυματίας / ασθενής
Επάγγελμα Ηλικία
Καθημερινά καθήκοντα
.....

Ώρες καθημερινής απασχόλησης Από Μέχρι

Παρακαλούμε σημειώσετε όποιες δραστηριότητες από τις πιο κάτω πιο πιστά αποτυπώνουν τα καθημερινά σας καθήκοντα

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Διοικητικά καθήκοντα | <input type="checkbox"/> Συχνό γονάτισμα |
| <input type="checkbox"/> Συνεχές περπάτημα | <input type="checkbox"/> Χρήση χεριών σε έκταση |
| <input type="checkbox"/> Συνεχές περπάτημα και στασίδι | <input type="checkbox"/> Οδήγηση |
| <input type="checkbox"/> Καθιστικές | <input type="checkbox"/> Μεταφορά βάρους κιλά
(10, 25, 35, 50 κλπ.) |
| <input type="checkbox"/> Καθιστικές και επίβλεψη εντός εσωτερικού χώρου | <input type="checkbox"/> Οδήγηση φορτηγού αυτοκινήτου |
| <input type="checkbox"/> Καθιστικές και επίβλεψη σε εξωτερικούς χώρους | <input type="checkbox"/> Οδήγηση εμπορικού αυτοκινήτου |
| <input type="checkbox"/> Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μηχανημάτων (με σταθερή διεύθυνση εργασίας) | <input type="checkbox"/> Ειδικά καθήκοντα - παρακαλώ περιγράψετε όπως π.χ. χρήση εκρηκτικών, αναρρίκηση κλπ. |
| <input type="checkbox"/> Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μηχανημάτων (χωρίς σταθερή διεύθυνση εργασίας) | |

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε ποια από τα παρακάτω ειδικά καθήκοντα της καθημερινής σας ενασχόλησης δεν είστε σε θέση να εκτελέσετε, πράγμα που σας εμποδίζει να επιστρέψετε στην εργασία σας

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Οδήγηση | <input type="checkbox"/> Χρήση υπολογιστή | <input type="checkbox"/> Μεταφορά βάρους κιλά
(10, 25, 35, 50 κλπ.) |
| <input type="checkbox"/> Γράψιμο | <input type="checkbox"/> Χειρισμός μηχανής | <input type="checkbox"/> Επαγγελματικά ταξίδια |
| <input type="checkbox"/> Περπάτημα | <input type="checkbox"/> Συχνό γονάτισμα ή/και έκταση χεριών | |
| <input type="checkbox"/> Στασίδι | | |

Διεύθυνση εργασίας Τηλ. οικίας.....

Εργοδότης ασφαλιζομένου Τηλ. εργασίας

Περιγραφή είδους επιχείρησης είτε εργοδότη είτε αυτοεργοδοτούμενου

Παρακαλώ αναφέρατε κατά πόσο έχετε αιτηθεί για σύνταξη ανικανότητας στις

Κοινωνικές ασφαλίσεις - ημερομηνία Απόφαση.....

Άλλη ασφαλιστική εταιρεία - ημερομηνία

Όνομα ασφαλιστικής εταιρείας..... Απόφαση.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Ημερομηνία ατυχήματος Ώρα.....

Περιγράψτε με λεπτομέρεια πώς ακριβώς συνέβη το ατύχημα

.....

.....

.....

Πού συνέβη το ατύχημα;

Κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας μου Χώρο εργασίας Εξωτερικό χώρο

Εκτός ωρών εργασίας Σπίτι Αλλού

Αναφέρετε δύο ονόματα που ήταν παρόντες στο ατύχημα

1.

2.

Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος;

Αν **Ναι**, περιγράψτε

.....

.....

.....

.....

Αν πρόκειται για τροχαίο ατύχημα παρακαλούμε αναφέρατε:

α. Αρ. Εγγραφής εμπλεκόμενου αυτοκινήτου

β. Όνομα εμπλεκόμενης ασφαλιστικής εταιρείας

Υπήρξε αστυνομική παρουσία; **Ναι** **Όχι**

Αν **Ναι**, επισυνάψτε αστυνομική έκθεση.

Όνομα θεράποντα ιατρού.....

Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον ιατρό

Σας δόθηκε ιατρική οδηγία για απουσία από την εργασία;

Από Μέχρι

Αρχίσατε να εργάζεστε μερικώς και από πότε; - ημερομηνία

.....

Αν **Όχι**, πότε προβλέπετε ν' αρχίσετε εργασία;

Ποια θεραπευτική αγωγή ή θεραπεία αποκατάστασης ακολουθείτε σήμερα;

.....

.....

.....

.....

Είχατε στο παρελθόν παρόμοιους τραυματισμούς και ατυχήματα; Παρακαλώ περιγράψτε:

.....

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Όνομα ιατρού που επισκεφθήκατε για **πρώτη φορά**

Ημερομηνία

Όνομα ιατρού που σας παρακολουθεί **σήμερα** για το ιατρικό σας πρόβλημα

Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες της πάθησης σας

Συμπτώματα.....

Ημερομηνία εμφάνισης πρώτων συμπτωμάτων

Διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν για διάγνωση της ιατρικής σας κατάστασης

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή την οποία πήρατε

Παρακαλούμε αναφέρατε κατά πόσο συνεχίζετε να λαμβάνετε τη συγκεκριμένη αγωγή (δώστε λεπτομέρειες)

Ποια θεραπευτική αγωγή ή θεραπεία αποκατάστασης ακολουθείτε σήμερα;

Σας δόθηκε ιατρική οδηγία για απουσία από την εργασία;

Από Μέχρι

Αρχίσατε να εργάζεστε μερικώς και από πότε; - ημερομηνία

Αν **Όχι**, πότε προβλέπετε να αρχίσετε εργασία;

Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από αυτή την αιτία; Αν **Ναι**, δώστε λεπτομέρειες όπως ημερομηνίες και διάγνωση:

Τα τελευταία πέντε χρόνια επισκεφθήκατε ιατρό ή νοσηλευθήκατε; Αν **Ναι**, δώστε λεπτομέρειες όπως ημερομηνίες και διάγνωση:

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΙΤΕ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΕΙΤΕ ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

α. Επωνυμία νοσηλευτηρίου

β. Αιτία εισαγωγής

γ. Ημερομηνία εισόδου..... Ώρα εισόδου

Ημερομηνία εξόδου..... Ώρα εξόδου

δ. Έχει γίνει χειρουργική επέμβαση; **Ναι** **Όχι**

Αν η απάντηση είναι **Ναι**, τότε παρακαλούμε δώστε αναλυτικές περιγραφές της επέμβασης που έχει πραγματοποιηθεί.

Αν η απάντηση είναι **Όχι**, τότε παρακαλούμε περιγράψτε τους λόγους παραμονής στο νοσηλευτήριο.

ε. Όνομα ιατρού που συνέστησε την είσοδο σας

Ειδικότητα ιατρού

ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω ότι αναγνωρίζω πως, για να εξεταστεί η απαίτηση μου, έχω την υποχρέωση όπως:

- απαντήσω όλες τις ερωτήσεις της Αναγγελίας Ζημιάς πλήρως και με λεπτομέρεια.
- προσκομίσω όλα τα αναγκαία έντυπα και ιατρικά πιστοποιητικά.

Παράλειψη μου να το πράξω πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψη της απαίτησης.

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 νοσηλευτήριο ή τους θεράποντες ιατρούς μου, να δώσουν οποιαδήποτε πληροφορία ή/και να συζητήσουν την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου, όπως επίσης να αποστείλουν τα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν σχέση με το ιστορικό της υγείας μου.

Ημερομηνία

Υπογραφή Ασφαλιζομένου

Υπογραφή Μάρτυρα