

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ - ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΖΗΜΙΑΣ

Αρ. Συμβολαίου Αρ. Ζημιάς
Ημερ. Αναγγελίας Ασφαλιστής
Καλύψεις
Ημερομνία Έναρξης Συμβολαίου:
Όνομα Τραυματία / Ασθενούς
Αρ. Ταυτότητας Τραυματία / Ασθενούς

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Ασφαλιζόμενος
Τηλέφωνο οικιας Κινητό τηλέφωνο
Επάγγελμα Ηλικία
Καθημερινά καθήκοντα
Πώς χαρακτηρίζετε τα καθήκοντά σας:

- Καθιστικά
- Καθιστικά και με επίβλεψη σε εσωτερικούς χώρους
- Καθιστικά και με επίβλεψη σε εξωτερικούς χώρους
- Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μοχανημάτων [με σταθερή διεύθυνση εργασίας]
- Χειρονακτική εργασία με χρήση ή όχι εργαλείων ή μοχανημάτων [χωρίς σταθερή διεύθυνση εργασίας]
- Ειδικά καθήκοντα [παρακαλώ περιγράψετε, όπως π.χ. χρήση εκροκτικών, αναρρίχηση, κλπ]

Διεύθυνση εργασίας Τηλ. εργασίας

Εργοδότης ασφαλιζομένου
Είδος εργασίας εργοδότη (ή αυτοεργοδοτουμένου)

Περιγραφή ειδούς επιχείρησης εργοδότη ή εργοδοτουμένου

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Ημερομνία ατυχήματος Ήρα:

Περιγράψετε με λεπτομέρεια πώς ακριβώς συνέβη το ατύχημα:

Πού συνέβη το ατύχημα;

Κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας μου: Χώρο εργασίας Εξωτερικό χώρο Άλλού

Εκτός ωρών εργασίας: Σπίτι Εξωτερικό χώρο Άλλού

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:

Εμπλεκόμενο αυτοκίνητο

1: Αρ. Εγγραφής Ασφαλιστική Εταιρεία Όνομα Οδηγού

2: Αρ. Εγγραφής Ασφαλιστική Εταιρεία Όνομα Οδηγού

Υπήρξε αστυνομική παρουσία; **Ναι** **Όχι** Αν **Ναι**, επισυνάψτε την Αστυνομική Έκθεση

Ονοματεπώνυμο θεράποντα ιατρού:

Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον ιατρό:

Δόθηκε άδεια από: μέχρι:

Αρχίσατε να εργάζεστε μερικώς και από πότε;

.....

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

.....
.....

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια ατυχήματα και τραυματισμούς; [περιγράψτε]

.....
.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ)

Ημερομηνία εμφάνισης πρώτων συμπτωμάτων της ασθενείας

Ονοματεπώνυμο ιατρού που επισκεφθήκατε για **πρώτη φορά**

Ημερομηνία

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

Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες της πάθησης σας:

Περιγράψτε τα Συμπτώματα

Από πότε χρονολογούνται; (δώστε ημερομηνία)

Διάγνωση

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):

Σας δόθηκε ιατρική οδηγία για απουσία από την εργασία; Αν **Ναι**, από: μέχρι:
Αρχίσατε να εργάζεστε έστω και μερικώς και από πότε:

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

Είχατε στο παρελθόν αρρωστήσει από αυτή την αιτία; Αν **Ναι**, δώστε λεπτομέρειες για το πότε και τη διάρκεια:

Τα τελευταία πέντε χρόνια νοσολευθήκατε ή συμβουλευθήκατε ιατρό;

Ημερομνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....

Αιτία.....

Ημερομνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....

Αιτία.....

Ημερομνία Ονοματεπώνυμο ιατρού.....

Αιτία.....

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ή ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παραμονή σε νοσολευτήριο

Από Ήρα..... πμ/μμ

Μέχρι Ήρα..... πμ/μμ

Επωνυμία νοσολευτηρίου

Ονοματεπώνυμο ιατρού που συνέστησε την είσοδό 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 νοσολευτήριο 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.

Ημερομνία Υπογραφή Ασφαλιζομένου

Υπογραφή Μάρτυρα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Πρόσκαιρης Ολικής Ανικανότητας ή Ασφάλειας Εισοδήματος είναι απαραίτητο να προσκομίσετε και τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Δήλωση Εργοδότη
3. Δήλωση Εισοδημάτων η οποία να συνοδεύεται από αποδεικτικά στοιχεία
4. Άδειες Ασθενείας
5. Αποτελέσματα Διαγνωστικών Εξετάσεων
6. Δήλωση Ασθενούς και Συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Ιατρικών Εξόδων είναι απαραίτητο να προσκομίσετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Αποτελέσματα τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων όπως π.χ. ακτινογραφιών, μαγνητικών τομογραφιών, αξονικών τομογραφιών, υπερήχων, κλπ
3. Συνταγή φαρμάκων / παραπεμπτικά
4. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραμμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα
5. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα Νοσοκομειακού Επιδόματος είναι απαραίτητο να προσκομίσετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Σε περίπτωση νοσολείας σε κρατικό νοσολευτικό ίδρυμα, το έντυπο Εξιτήριο Ασθενούς
3. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για τα ωφελήματα της Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης είναι απαραίτητο να προσκομίσετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθενείας συμπληρωμένο από τον θεράποντα ιατρό σας
2. Αποτελέσματα τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων όπως π.χ. ακτινογραφιών, μαγνητικών τομογραφιών, αξονικών τομογραφιών, υπερήχων, καρδιολογικών εξετάσεων και εργαστηριακών εξετάσεων
3. Αναλυτικά τιμολόγια νοσολευτηρίου και Ιατρών
4. Ανάλυση της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της νοσολείας
5. Τιμολόγια εξειδικευμένων αναλωσίμων, όπου ισχύει
6. Αποτελέσματα Βιοψιών, όπου ισχύει
7. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραμμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα
8. Αποτελέσματα και αποδείξεις όλων των προεγχειροπτικών εξετάσεων που έγιναν
9. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση

Αν αιτείστε για το ωφέλημα ΤΟΚΕΤΟΥ της Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης είναι απαραίτητο να προσκομίσετε τα πιο κάτω έντυπα:

1. Βεβαίωση νοσολευτηρίου για τοκετό
2. Πιστοποιητικό γέννησης
3. Πρωτότυπες αποδείξεις με αναγραμμένο τον αριθμό φορολογικής ταυτότητας ή αριθμό φορολογικού μητρώου του παροχέα.
4. Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση