

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΜΟΔΑΠΩΝ

### A.

Αριθμός Συμβολαίου: ..... Κωδικός Ασφαλιστή: .....

Όνομα Ασφαλιζομένου: .....

Όνομα Συμβαλλομένου: .....

Διεύθυνση : .....

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

Επάγγελμα: .....

### B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ - ΑΣΘΕΝΕΙΑ

α) Ημερομηνία Ατυχήματος/Ασθενείας : ..... Ώρα : .....

β) Τόπος : .....

γ) Δώστε σύντομη περιγραφή του ατυχήματος : .....

δ) Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες

1) .....

2) .....

ε) Φύσις και έκτασις τραυμάτων :

ζ) Ο εργοδοτούμενος 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 CO LTD για οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε χρειασθεί από το Νοσοκομείο ή Κλινική σε σχέση με το περιστατικό ή το ιστορικό υγείας μου.

Ημερομηνία : ..... Υπογραφή Ασφαλιζομένου : .....