

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΖΗΜΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ & ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	P0201007272
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	Ε.Φ.Ο.Α.
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΥΜΗΤΤΟΥ 267, 116 31 ΠΑΓΚΡΑΤΙ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ / ΚΙΝΗΤΟ	210 7563170

Η σωστή και πλήρης απάντηση των παρακάτω ερωτήσεων βοηθάει στη γρήγορη και αποτελεσματική εξυπηρέτησή σας. Καμμία αποζημίωση δεν καταβάλλεται, εάν δεν υπογραφεί από τον ασφαλισμένο η δήλωση αυτή.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΘΟΝΤΑ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
Α.Φ.Μ. / Δ. Ο.Υ.	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ / ΚΙΝΗΤΟ	
ΕΡΓΑΣΙΑ / ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	
ΕΧΕΤΕ ΚΙ ΑΛΛΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ Ή / ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ;	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ;	

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
ΑΙΤΙΑ / ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
ΠΟΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ;	

ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ΠΟΤΕ ΣΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;	
ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΗ ΒΛΑΒΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ	
ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΑΣΘΕΝΗΣΕΙ ΠΑΛΛΙΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΙΑ Ή ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΑΙΤΙΑ;	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ;	

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΑΣ	
Η ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΣΑΣ ΣΥΣΤΗΣΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ	
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΟΝΟΜΑΣΙΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΟΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΣΑΤΕ Ή ΕΠΙΒΑΙΝΑΤΕ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΒΑΙΝΟΝΤΩΝ	
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟΥΣ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΑΛΛΩΝ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ, ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ Ή ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΡΧΗ (ΤΡΟΧΑΙΑ ΚΛΠ) ΕΠΕΝΕΒΕΙ Ή ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. (ΕΠΙΣΥΝΑΨΑΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ)	

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε γιατρό ή οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κλινική, ασφαλιστική εταιρία, άλλον οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο που γνωρίζει κάτι σχετικό με τα αίτια, τις συνθήκες ή τα αποτελέσματα ή άλλες λεπτομέρειες του ατυχήματος ή της ασθένειας που δήλωσα ή κάτι σχετικό με την παλαιότερη ή σημερινή κατάσταση της υγείας μου, να δώσει στον εκπρόσωπο της CHARTIS όλες τις σχετικές πληροφορίες, καθώς και πληροφορίες για το ιατρικό μου ιστορικό, νοσηλείες σε νοσοκομεία, κλινικές, ιδρύματα, διαγνώσεις, παθήσεις, αποτελέσματα εξετάσεων, κλπ Φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης έχει την ίδια ισχύ με το πρωτότυπό της.

Τόπος & ημερομηνία συμπλήρωσης της δήλωσης και της εξουσιοδότησης

Ονοματεπώνυμο & υπογραφή μάρτυρα

Υπογραφή ασφαλισμένου