



ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Να συμπληρωθεί από τον Θεράποντα Ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
Όνομα Ασφαλισμένου:	Ημερ. Γεννήσεως:
Διεύθυνση :	Τηλέφωνο :
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
Αναφέρατε λεπτομερώς τη φύση του ατυχήματος:	
Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος;	
Περιγράψατε	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Διάγνωση :	
Πότε εξετάσατε τον ασθενή: Πρώτη : Τελευταία : Σύνολο εξετάσεων:	
Νοσηλεύθηκε ο ασθενής; Εάν ΝΑΙ Από Μέχρι	
Έγινε χειρουργική επέμβαση; ΝΑΙ / ΟΧΙ (Αν ναι, ποια και πότε)	
.....	
Εξετάστηκε από άλλο ιατρό : (εάν ΝΑΙ από ποιόν και πότε);	
.....	
Έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύθηκε για παρόμοιο περιστατικό;	
.....	
Από όσα γνωρίζετε υπέφερε ο ασφαλισμένος από σωματική βλάβη ή ασθένεια πριν από το ατύχημα ; (Εάν ναι περιγράψατε).	
.....	
.....	
Περιγράψατε την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς:	
.....	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	
Υπάρχει περίπτωση αναπηρίας; ΝΑΙ/ ΟΧΙ	
Αν ΝΑΙ ποια και τι ποσοστό αναπηρίας προβλέπετε;	
.....	
ΔΗΛΩΣΗ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις , ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις	
Όνομα Ιατρού: Ειδικότητα:	
Διεύθυνση : Τηλέφωνο:	
Υπογραφή & Σφραγίδα: Ημερομηνία:	



**ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
ΑΠΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	
Αριθμός Συμβολαίου :	.....
Όνομα Ιδιοκτήτη :	.....
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / ΑΝΗΛΙΚΟΥ	
Όνομα :	..... Ημερ. Γέννησης:/...../.....
Διεύθυνση :	..... Τηλέφωνο :
Για ανήλικο άτομο παρακαλώ σημειώσατε εδώ το όνομα και το τηλέφωνο του κηδεμόνα.	
ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
Πότε συνέβηκε το ατύχημα ;	...../...../..... Ωρα : π.μ./μ.μ.
Πού έγινε το ατύχημα; / Τοποθεσία	.....
Δώστε σύντομη περιγραφή του ατυχήματος:	..... .....
Υπήρξαν μάρτυρες ; (εάν ΝΑΙ ονομάστε και δώστε λεπτομέρειες)	..... .....
ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Ποιες σωματικές βλάβες πάθατε από το ατύχημα;	.....
Ονομάστε τον θεράποντα ιατρό σας;	.....
Νοσηλευθήκατε; Εάν ΝΑΙ Από	...../...../..... Μέχρι/...../.....
Όνομα Νοσοκομείου / Κλινικής	.....
ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις, ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις. Εξουσιοδοτώ την EuroLife Ltd. να ζητήσει και να πάρει από οποιονδήποτε ιατρό, νοσηλευτικό ίδρυμα και ασφαλιστική ή άλλη εταιρεία, πληροφορίες και εκθέσεις που αφορούν την πνευματική και σωματική υγεία του πιο πάνω αναφερόμενου παιδιού.	
Ονοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα :	.....
Υπογραφή Γονέα/ Κηδεμόνα :	.....
Ημερομηνία :	.....
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις, ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις.	
Υπογραφή Ιδιοκτήτη Συμβολαίου :	.....
Ιδιότητα Υπογράφοντος :	.....
Ημερομηνία :	.....