

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Αρ. Απαίτησης		Αρ. Συμβολαίου	
---------------	--	----------------	--

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί χωρίς καθυστέρηση.

1. Πλήρες Όνομα:			
2. Διεύθυνση κατοικίας:			Τηλ.
3. Τωρινή Εργασία Απασχόληση: (αν είναι περισσότερες από μία δηλώστε τις όλες) :			
4. Διεύθυνση εργασίας:			Τηλ.
5. Ημερομηνία Γεννήσεως:		Αριθμός ταυτότητας:	
6. Ημερομηνία ατυχήματος:	Ωρα ατυχήματος:		
7. Μέρος ατυχήματος:			
8. Δώστε λεπτομέρειες για το είδος και τις συνθήκες του ατυχήματος σας:			
9. Δηλώστε την φύση και την έκταση των τραυμάτων:			
10. Ονόματα και διευθύνσεις τυχόν μαρτύρων του ατυχήματος:			
11. Όνομα και διεύθυνση θεράποντος ιατρού:			
12. Δηλώστε που και πότε μπορεί να σας επισκεφθεί, .αν χρειασθεί, ιατρός ή υπάλληλος της Εταιρείας:			
13. Σημειώστε την περίοδο κατά την οποία σαν μόνο και άμεσο αποτέλεσμα του ατυχήματος είσατε ολικώς ανάκανος να παραστείτε στην εργασία σας;	Από	Μέχρι	
14. Συνεχίζετε να είσατε μερικώς ανάκανος; Αν όχι, από ποια ημερομηνία μπορέσατε να παραστείτε έστω και μερικώς, στην εργασία σας;	Από	Μέχρι	

Υπεύθυνα δηλώνω ότι όλες οι πιο πάνω πληροφορίες είναι πλήρεις και αληθείς και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς, τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα που χρησιμοποίησα να δώσουν στην **Atlantic Ins. Co. Public Ltd** οποιοσδήποτε πληροφορίες και αντίγραφα των αρχείων τους σχετικά με το ως άνω ατύχημα.

Ημερομηνία	Υπογραφή Απαιτητή
------------	-------------------