



UNIVERSAL LIFE

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σκοπός μας είναι η γρήγορη εξυπηρέτησή σας. Γι' αυτό θα μας διευκολύνετε αν σε περίπτωση ατυχήματος συμπληρώσετε και αποστείλετε την πιο κάτω δήλωση σε διάστημα 6(έξι) ημερών από την ημέρα του ατυχήματος μαζί με το πιστοποιητικό άδειας του γιατρού στο οποίο θα φαίνεται και η αιτία της παραχώρησης άδειας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αρ. Κ.Α.

Διεύθυνση Οικίας:

Τηλ.:

Όνομα Εργοδότη:

Διεύθυνση Εργασίας:

Τηλ.:

Επάγγελμα (λεπτομερώς):

Μισθός:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία:

Ωρα:

Τόπος:

Σύντομη Περιγραφή:

Ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήσαν παρόντες:

α. Τηλ.:

β. Τηλ.:

Ποιές σωματικές βλάβες πάθατε από το ατύχημα;

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετράγωνο και δώστε λεπτομέρειες όπου η απάντηση είναι ΝΑΙ

Νοσηλευτήκατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής:

Ημερομηνία Εισόδου:

Ημερομηνία Εξόδου:

Αρχίσατε έστω και μερικώς να εργάζεστε ή επιβλέπετε την εργασία σας και από τότε; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια ατυχήματα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία και ποιο ποσό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

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 γιατρό μου, το Νοσοκομείο ή την Κλινική να δώσει κάθε πληροφορία σε σχέση με την παρούσα δήλωση.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία

**ΜΕΡΟΣ Α** - Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Όνομα Ασφαλισμένου:..... Αρ. Συμβολαίου:.....

Αρ. Ταυτότητας:..... Ημερ. Γεννήσεως:.....

Ημερομηνία που πληρώθηκε το τελευταίο ασφάλιστρο:

Δηλώστε

Ημερομηνία Ατυχήματος:..... Ώρα:..... Τόπος:.....

Όνομα Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλεύτηκατε και επισυνάψετε σχετικά πιστοποιητικά.....

..... Τηλ:.....

Ημερομηνία Εισόδου:..... Ημερομηνία Εξόδου:.....

Όνομα γιατρού που σας παρακολούθησε:

1..... Τηλ:.....

2..... Τηλ:.....

Απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις

Παραμένετε περιορισμένος στο σπίτι;

☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Παρακολουθούσατε ή επιβλέπετε την εργασία σας καθ' οιονδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής αναπηρίας σας;

☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Πότε αναμένετε ότι θα αναλάβετε τακτικά εργασία:.....

Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία και ποιο το ποσό;

☐ Ναι ☐ Όχι

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 το γιατρό μου, το Νοσοκομείο ή την Κλινική να δώσει κάθε πληροφορία σε σχέση με την παρούσα δήλωση.

Ημερομηνία..... Υπογραφή.....

Για εσωτερική χρήση:

.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β - ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:..... Ηλικία:.....

Επάγγελμα:.....

1. Ημερομηνία που εξετάσετε τον ασθενή για:

Πρώτη Φορά..... Τελευταία φορά:..... Σύνολο εξετάσεων:.....

Εξετάσθηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; (Αν ναι, από ποιο και πότε) Ναι ☐ Όχι ☐

2. α) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του ατυχήματος; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι περιγράψετε:.....

β) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις:.....

γ) Διάγνωση (λεπτομερώς):.....

δ) Θεραπεία που παρασχέθηκε:.....

ε) Έγινε ακινητοποίηση μέλους του σώματος; Αν ναι, μέχρι:.....

3. Έπασχε ο ασθενής στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοιο περιστατικό; Ναι ☐ Όχι ☐

4. Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο νοσοκομείο/κλινική από μέχρι.....

5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια από μέχρι.....

6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής:

α) θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή εργασθεί μερικώς από μέχρι.....

β) ήταν τελείως ανίκανος για κάθε εργασία ή επίβλεψη της εργασίας από μέχρι.....

7. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί (εάν όχι δώστε εξηγήσεις): Ναι ☐ Όχι ☐

8. Αναφέρετε τυχόν συμπληρωματικά στοιχεία για εκτίμηση του ατυχήματος:.....

Όνομα Γιατρού:..... Ειδίκευση:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:..... Τηλ:.....

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:.....

Όνομα:..... Υπογραφή:..... Ημερ.:.....

Universal Life
Τμήμα Διαχείρισης Συμβολαίων
Τ.Θ. 21270
1505 Λευκωσία

Αγαπητοί κύριοι,

Εγώ ο/ηκηδεμόνας του/της με την παρούσα, δίδω την συγκατάθεση μου όπως οποιαδήποτε πληρωμή των απαιτήσεων του/της κάτω από το ασφαλιστήριο με αριθμό **GPA2716 (Ομοσπονδία Συνδ. Γονέων & Κηδ. Σχολ. Μέσης & Τεχν. Εκπ. Λάρνακας)**, εμβάζονται στο λογαριασμό μου, τα στοιχεία του οποίου παρουσιάζονται πιο κάτω:

Στοιχεία Τραπεζικού Λογαριασμού	
Όνομα Τραπεζικού Λογαριασμού	
Αριθμός Λογαριασμού	
Διεθνής Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού/IBAN *	
*Το iban του λογαριασμού σας είναι 28ψηφιος αριθμός που μπορείτε να βρείτε στην μηνιαία κατάσταση του λογαριασμού σας.	
Πλήρες όνομα Κατόχου Λογαριασμού (με αγγλικούς χαρακτήρες)	
Σημείωση Η τράπεζα σας, εκτός από τις χρεώσεις που επωμίζεται η Universal Life, πιθανόν κατά την παραλαβή του εμβάσματος στο δικό σας λογαριασμό, να χρεώνει επιβάρυνση. Για περαιτέρω διευκρινήσεις παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την τράπεζα σας.	

Με εκτίμηση,

Ημερομηνία.....

Υπογραφή Κηδεμόνα.....

Πλήρες Όνομα Κηδεμόνα

***Απαραίτητη η επισύναψη αντιγράφου Iban Certificate**