

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Πρώτη Δήλωση Συνεχιζόμενη Απαίτηση Οριστικό

Μέρος Α' – Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Αρ. Ατομικού Συμβολαίου:	Ημερ. Ασφάλισης:	
Όνοματεπώνυμο Αντισυμβαλλομένου:		
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου:		
Επαγγελματικά καθήκοντα:		
Ημερ. Γεννήσεως:	Διεύθυνση Κατοικίας:	
Περιοχή:	T.K.:	Τηλ.:
Διεύθυνση Εργασίας:	E-MAIL :	Κιν.Τηλ :
Εργοδότης:	Αρ. Ομ. Συμβολαίου (εάν υπάρχει):	
IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: ΤΡΑΠΕΖΑ :	GR _____	

ΔΗΛΩΣΤΕ:

Ημερομηνία Ατυχήματος:	Ωρα:	Τόπος:
Περιγραφή Ατυχήματος /Συνθήκες:		
Έλαβε γνώση του ατυχήματος η Αστυνομική Αρχή; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Που και από ποιον σας παρασχέθηκαν οι Πρώτες Βοήθειες;		
Όνομα Νοσοκομείου /Κλινικής που νοσηλεύτηκατε. Επισυνάψετε σχετικά πιστοποιητικά:		
Όνομα ιατρού που σας παρακολούθησε:		
1		Τηλ:
2		Τηλ:

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

Παραμένετε περιορισμένος στο σπίτι; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εάν ναι, από	έως:
Παρακολουθείτε ή επιβλέπετε την εργασία σας με οποιοδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής σας ανικανότητας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Εάν ναι, από	έως:	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και εξουσιοδοτώ το Νοσοκομείο _____ και τους ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια που έχω επισκεφτεί να παρέχουν στην MetLife Alico και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτήν πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία, κατά την έννοια του νόμου 2472/1997, των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων μου από την MetLife Alico, με σκοπό την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγειλα.

Με τη δήλωση αυτή βεβαιώνω ότι είμαι δεν είμαι υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ. Επίσης είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των ΗΠΑ θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των ΗΠΑ.(Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης συμπληρώνονται τα πιο κάτω)

ΑΦΜ (ΗΠΑ) ασφαλισμένου :

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του δικαιούχου-ων :

Επιθυμώ την ενημέρωση για νέα προϊόντα-παροχές της Εταιρείας : ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία:	Υπογραφή Ασφαλισμένου:
-------------	------------------------

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ – Δήλωση Ιατρού
Μέρος Β' – Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό

Όνομ/μο Ασθενούς:	Ημερ. Γεννήσεως:
Επάγγελμα:	

Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για: 1 ^η φορά	2 ^η φορά	3 ^η φορά
Εξετάσθηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Εάν ναι, από ποιον και πότε;		
Ποια η αιτία του ατυχήματος απ' ότι γνωρίζετε;		
Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος;		
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εάν ναι, περιγράψτε:		
Άλλες κλινικές διαπιστώσεις:		
Διάγνωση /ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς):		
Θεραπεία που παρασχέθηκε:		
Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Εάν όχι, περιγράψτε:		
Νοσηλεύτηκε στο παρελθόν για παρόμοιο ατύχημα: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο Νοσοκομείο /Κλινική	από	μέχρι
Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια	από	μέχρι
Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής:		
α) Θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή να εργαστεί μερικώς από		μέχρι
β) Ήταν εντελώς ανίκανος για εργασία ή επίβλεψη της εργασίας	από	μέχρι
Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (Αν ΟΧΙ, δώστε διευκρινίσεις):		

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:	
Ειδίκευση:	
Υπογραφή Ιατρού:	Ημερομηνία:
Σφραγίδα	