



Κεντρική
Ασφαλιστική

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

NAME OF INSURED:

ADDRESS:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

OCCUPATION:.....

ΤΗΛ.

TEL.

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

POLICY NO:.....

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

DUE DATE:.....

Ημερομηνία Ατυχήματος:

Date of Accident:.....

Τοποθεσία Ατυχήματος:

Place of Accident:

Δηλώστε το μέγεθος των τραυμάτων σας:

Injuries:

Δηλώστε το όνομα, διεύθυνση και το τηλέφωνο του γιατρού που επισκεφθήκατε:

Details of the Doctor who examined the patient:

Δηλώστε το όνομα άλλων ασφαλιστικών εταιρειών ή άλλη πηγή που σας παρέχει κάλυψη για το ατύχημα:

Other insurances provided cover for this accident:

Δηλώστε περίοδο ανικανότητας:

State period of incapacity:

Δηλώστε πως ακριβώς συνέβη το ατύχημα:

State exactly how accident happened:

.....

.....

.....

Μάρτυρες/ Witnesses:

Όνοματεπώνυμο/Name	Διεύθυνση/Address	Τηλέφωνο/Telephone
1.		
2.		
3.		

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα άνω στοιχεία είναι σωστά και αληθή.

It is hereby stated that the above particulars are to my best knowledge true and correct.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Date:

Signature: