

1. Ημερομηνία ατυχήματος	Ώρα	2. Τόπος : Χώρα:	Πόλη, Χωριό:	3. Τραυματίας(ες) ακόμη κι ελάφρα όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/>
--------------------------	-----	---------------------	--------------	---

4. Υλικές Ζημιές

Άλλες εκτός των οχημάτων A και B  ναι   όχι

σε αντικείμενα άλλα από τα οχήματα  ναι   όχι

5. Μάρτυρες: ονόματα, διευθύνσεις, Τηλ.:

**ΟΧΗΜΑ Α**

6. Ασφαλιζόμενος/λήπτης της ασφάλισης (βλέπε βεβαίωση Ασφαλίσεως)

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

Όνομα: .....

Διεύθυνση: .....

T.K.: ..... Χώρα: .....

Τηλ. ή E-mail: .....

7. Οχημα

ΡΥΜΟΥΛΑΚΟ	ΡΥΜΟΥΛΑΚΟΥΜΕΝΟ
Μάρκα, Τύπος	
Αριθμός κυκλοφορίας	Αριθμός κυκλοφορίας
Χώρα ταξινόμησης	Χώρα ταξινόμησης

8. Ασφαλιστική Εταιρία (βλέπε βεβαίωση Ασφαλίσεως)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ: .....

Αρ. Συμβολαίου: .....

Αρ. Πράσινης Κάρτας: .....

Διάρκεια ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή πράσινης κάρτας από: ..... έως: .....

Πρακτορείο: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

Διεύθυνση: .....

Χώρα: .....

Τηλ. ή E-mail : .....

Είναι ασφαλισμένες οι ίδιες υλικές ζημιές του οχήματος (Μικτή) ;  
όχι  ναι

9. Οδηγός (βλέπε δίπλωμα οδήγησης)

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

Όνομα: .....

Ημερομηνία Γέννησης: .....

Διεύθυνση: .....

Χώρα: .....

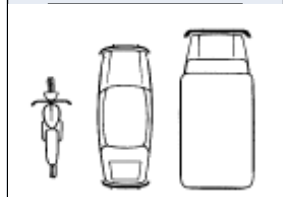
Τηλ. ή E-mail : .....

Αρ. Διπλώματος: .....

Κατηγορία (Α, Β, ... ) : .....

Διάρκεια έως : .....

10. Υποδείξτε με τόξο → το αρχικό σημείο σύγκρουσης στο όχημα Α



11. Εμφανείς ζημιές στο όχημα Α:

14. Παρατηρήσεις:

**12. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

↓ Σημειώστε με (X) στο αντίστοιχο για ↓  
κάθε όχημα τετράγωνο, για να γίνει σαφές το σχεδιάγραμμα  
\* διαγράψτε ότι δεν αντιστοιχεί

A		B
<input type="checkbox"/> 1	* Σταθμευμένο / σε στάση	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* Εκκίνηση από στάση / άνοιγμα θύρας	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	Προς στάθμευση	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	Εγκατέλειπε χώρο στάθμευσης, ιδιωτικό χώρο, χωματόδρομο	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	Εισήρχετο σε χώρο στάθμευσης, ιδιωτικό χώρο, χωματόδρομο	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	Είσοδος σε πλατεία με κυκλική πορεία	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	Κίνηση σε πλατεία με κυκλική πορεία	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	Πρόσκρουση στο πίσω μέρος άλλου οχήματος που προχωρούσε στην ίδια κατεύθυνση και στην ίδια λωρίδα	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	Εκινείτο στην ίδια κατεύθυνση σε διαφορετική λωρίδα	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	Άλλαξε λωρίδα	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	Προσπερνούσε	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	Έστριβε δεξιά	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	Έστριβε αριστερά	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	Έκανε όπισθεν	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	Εκινείτο στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	Εκινείτο από δεξιά (σε διασταύρωση)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	Παρεβίασε σήμα προτεραιότητας ή κόκκινο σηματοδότη	<input type="checkbox"/> 17

← Προσδιορίστε τον αριθμό των σημειωμένων με ( X ) τετραγώνων →

Υπογράφεται υποχρεωτικά από τους δύο οδηγούς  
Δεν αποτελεί αναγνώριση ευθύνης, αλλά καταγραφή στοιχείων των εμπλεκομένων και των περιστατικών, για την επιτάχυνση του διακανονισμού

13. Σχεδιάγραμμα ατυχήματος 13

Σχεδιάστε: 1. τους δρόμους - 2. την κατεύθυνση (με βέλη) των οχημάτων Α, Β - 3. την θέση τους τη στιγμή της σύγκρουσης - 4. την σήμανση των οδών - 5. την ονομασία των οδών.

**ΟΧΗΜΑ Β**

6. Ασφαλιζόμενος/λήπτης της ασφάλισης (βλέπε βεβαίωση Ασφαλίσεως)

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

Όνομα: .....

Διεύθυνση: .....

T.K.: ..... Χώρα: .....

Τηλ. ή E-mail: .....

7. Οχημα

ΡΥΜΟΥΛΑΚΟ	ΡΥΜΟΥΛΑΚΟΥΜΕΝΟ
Μάρκα, Τύπος	
Αριθμός κυκλοφορίας	Αριθμός κυκλοφορίας
Χώρα ταξινόμησης	Χώρα ταξινόμησης

8. Ασφαλιστική Εταιρία (βλέπε βεβαίωση Ασφαλίσεως)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ: .....

Αρ. Συμβολαίου: .....

Αρ. Πράσινης Κάρτας: .....

Διάρκεια ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή πράσινης κάρτας από: ..... έως: .....

Πρακτορείο: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

Διεύθυνση: .....

Χώρα: .....

Τηλ. ή E-mail : .....

Είναι ασφαλισμένες οι ίδιες υλικές ζημιές του οχήματος (Μικτή) ;  
όχι  ναι

9. Οδηγός (βλέπε δίπλωμα οδήγησης)

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

Όνομα: .....

Ημερομηνία Γέννησης: .....

Διεύθυνση: .....

Χώρα: .....

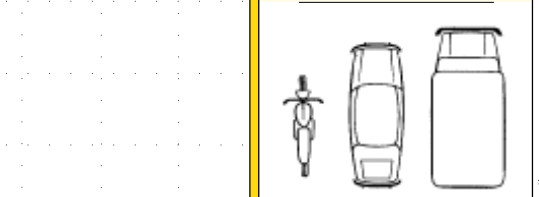
Τηλ. ή E-mail : .....

Αρ. Διπλώματος: .....

Κατηγορία (Α, Β, ... ) : .....

Διάρκεια έως : .....

10. Υποδείξτε με τόξο → το αρχικό σημείο σύγκρουσης στο όχημα Β



11. Εμφανείς ζημιές στο όχημα Β:

14. Παρατηρήσεις:

15. Υπογραφή των οδηγών 15

A

B

# ΔΗΛΩΣΗ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Αριθμός Ζημιάς : .....

Συμπληρώνεται από τον ασφαλιζόμενο ή από τον λήπτη της ασφάλισης και υποβάλλεται στην ασφαλιστική εταιρία εντός προθεσμίας οκτώ (8) ημερών από τότε που έλαβε γνώση του ατυχήματος (άρθρο 7 ν. 2496/ 97).

- Όνομα ασφαλιζόμενου ή λήπτη της ασφάλισης : .....  
Επάγγελμα : ..... Τηλέφωνο : ..... ΑΦΜ : .....
- Όνομα οδηγού : ..... Ημ/νία Γέννησης : .....  
Επάγγελμα : ..... Τηλέφωνο : ..... ΑΦΜ : .....
- Επενέβη Εταιρία Οδικής Βοήθειας ( εάν ναι ποια ) :  ΟΧΙ  ΝΑΙ : .....
- Έλαβε γνώση η Αστυνομική Αρχή ( εάν ναι ποια αρχή ) :  ΟΧΙ  ΝΑΙ : .....
- Υλικές ζημιές εκτός των οχημάτων Α & Β ( Ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνο ιδιοκτήτη ) : .....

6. Συνθήκες ατυχήματος : .....

## 7. Στοιχεία τραυματισθέντων:

Όνομα : .....  
Ημερ.Γένν. : ..... ΑΦΜ: .....  
Επάγγελμα : ..... Τηλ.: .....  
Διεύθυνση : .....  
Ασφ.Ταμείο: .....  
Νοσοκομείο: .....

Ο τραυματισθείς ήταν  Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
Επέβαινε στο όχημα  Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
Φορούσε ζώνη ή κράνος;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΑΦΜ: .....  
Τηλ.: .....

Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
 Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ

Όνομα : .....  
Ημερ.Γένν. : ..... ΑΦΜ: .....  
Επάγγελμα : ..... Τηλ.: .....  
Διεύθυνση : .....  
Ασφ.Ταμείο: .....  
Νοσοκομείο: .....

Ο τραυματισθείς ήταν  Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
Επέβαινε στο όχημα  Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
Φορούσε ζώνη ή κράνος;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΑΦΜ: .....  
Τηλ.: .....

Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
 Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ

Όνομα : .....  
Ημερ.Γένν. : ..... ΑΦΜ: .....  
Επάγγελμα : ..... Τηλ.: .....  
Διεύθυνση : .....  
Ασφ.Ταμείο: .....  
Νοσοκομείο: .....

Ο τραυματισθείς ήταν  Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
Επέβαινε στο όχημα  Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
Φορούσε ζώνη ή κράνος;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΑΦΜ: .....  
Τηλ.: .....

Οδηγός  Επιβαίνων  Πεζός  
 Α  Β  Άλλο όχημα αρ.κυκλ.  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ

Η παρούσα δήλωση συμπληρώνεται από κάθε ασφαλιζόμενο χωριστά.

Υπογραφή – Ονοματεπώνυμο

Τόπος – Ημερομηνία : .....