

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Η' ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η παρούσα συμπληρώνεται λεπτομερώς και υπογράφεται από τον Υπάλληλο και αποστέλλεται στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας εντός 8 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της ασθένειας.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ/ΩΝ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ..... ΤΗΛ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... ΤΗΛ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ.....

ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ..... ΒΙΒΛ.ΥΓΕΙΑΣ:  ΝΑΙ  ΟΧΙ ΑΛΛΗ ΑΣΦ.ΕΤΑΙΡΙΑ.....

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ [συμπληρώνεται, εάν η δήλωση το αφορά].....

### Α. ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημ/νία ατυχήματος:...../...../..... Ώρα:..... πμ/μμ Τόπος:.....

Λεπτομερής περιγραφή του ατυχήματος, αίτια και συνέπειες :.....

Που δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες και ποιός τις έδωσε ;.....

### Β. ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Περιγραφή της Ασθένειας (μορφή και συμπτώματα):.....

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας;.....

Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά ιατρό για αυτή την ασθένεια ;.....

(αναφέρατε όνομα ιατρού και τηλ.).....

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ (αναφέρατε λεπτομερώς στο πίσω μέρος)

**Γ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Όνομα ιατρού ή Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλευτήκατε : .....

.....

Τηλ. Ιατρού /Νοσοκομείου : ..... Νοσηλεία από ...../...../..... έως...../...../.....

Ποιά Αστυνομική Αρχή έλαβε γνώση ; ..... Πότε; .....

Δόθηκε αναρρωτική άδεια;  ΝΑΙ  ΟΧΙ, από ...../...../..... μέχρι ...../...../..... Συνεχίζεται;.....

Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Από πότε;.....

Ποιές εξετάσεις ή φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία σας συνέστησε ο θεράπων ιατρός σας;.....

.....

.....

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<input type="checkbox"/> Ιατρική γνωμάτευση	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις ιατρών	αρ.....	Ποσό .....
<input type="checkbox"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις φαρμάκων	αρ.....	Ποσό .....
<input type="checkbox"/> Ιατρική συνταγή	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις εξετάσεων	αρ.....	Ποσό .....
<input type="checkbox"/> Ιατρικό ιστορικό	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις νοσηλείας	αρ.....	Ποσό .....
<input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων			

ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ.....

.....

.....

.....

ΧΩΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ .....

.....

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή και ανακριβή δήλωση, ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή τα νοσοκομεία/κλινικές ή άλλα ιδρύματα να δώσουν στην ΑΕΓΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ οποιαδήποτε πληροφορία και αντίγραφα των αρχείων τους, σχετικά με την απαίτησή μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....

Παρελήφθη την ...../...../.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ .....

Από ..... (υπογραφή)