

**ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

Κεντρικά Γραφεία: Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα

Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος

Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 80 24

ydrogios@cytanet.com.cy www.ydrogios.com.cy

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
PERSONAL ACCIDENTS CLAIM FORM**

Αριθμός Καλυπτικού Σημ. / Cover Note No.

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's CodeΌνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

(για χρήση από την Εταιρεία μόνο / for internal use only)

05/18

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις τις σχετικές με το ατύχημα σας. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού / Please give details for all of the questions on the form related to your accident and/or illness. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

► Ο Ασφαλισμένος / The InsuredΑρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.: Αρ. Πρώτου Συμβολαίου / Initial Policy No.: Αρ. Ανανέωσης / Renewal No.: Πλήρες Όνομα / Full Name: Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: Επάγγελμα / Occupation: Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.: Τηλ. / Tel.: Διεύθυνση Οικίας / Residential Address: Κωδικός / Postal Code: Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: Όνόματα Γονέων ή Κηδεμόνων / Names of Parents and/or Guardians: Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.:

* Να συμπληρωθεί μόνο σε περιπτώσεις που ισχύει / To be completed only where applicable

► Ο Τραυματισμένος / The InjuredΌνομα / Name: Ηλικία / Age: Τηλ. / Tel.: Διεύθυνση / Address: Κωδικός / Postal Code: Διευθ. Εργασίας / Work Address: Επάγγελμα / Εργασία / Απασχόληση (δώστε λεπτομερή στοιχεία) / Profession / Occupation (give details): Εβδομαδιαίες / Μηνιαίες Απολαβές κατά την ημέρα του ατύχηματος / Weekly / Monthly Remuneration on the day of the accident: € **► Το Ατύχημα / The Accident**Ημερομηνία Ατυχήματος / Date of the Accident: / / Ώρα / Time: π.μ./μ.μ.- a.m./p.m. Τοποθέσια / Location: Περιγραφή Ατυχήματος / Description of the Accident:

Αν ο τραυματισμός συνέβηκε σε αυτοκινητικό δυστύχημα, δηλώστε / If the injury occurred as a result of a car accident, state:

(α) Ενεχόμενα Οχήματα / (a) Vehicles Involved

(β) Ενεχόμενες Ασφαλιστικές Εταιρείες / (b) Affiliated Insurance Companies

► Λεπτομέρειες Τραυμάτων / Details of the Injured

Περιγράψτε τη φύση και έκταση των τραυμάτων που έχετε υποστεί και επισυνάψατε τα σχετικά πιστοποιητικά / Describe the nature and extent of the injuries you have suffered and submit the relevant certificates:

Στοιχεία θεράποντα γιατρού / Doctor's details:

Όνομα / Name: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code: _____ Τηλ. / Tel.: _____

Πότε κατά την γνώμη του γιατρού σας θα επιστρέψετε στην εργασία σας; /
In the opinion of the physician when will you be able to return to work? _____

Δηλώστε τη χρονική περίοδο για / State the time period for:

Ολική ανικανότητα για εργασία / Total disability for work: Από / From: / / Μέχρι / To: / / Αρ. Ημερών / Date No.: / /

Μερική ανικανότητα για εργασία / Some disability for work: Από / From: / / Μέχρι / To: / / Αρ. Ημερών / Date No.: / /

Είχατε άλλα ατυχήματα; / Did you had other accidents? ΝΑΙ YES ΟΧΙ NO

Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομέρειες / If YES, give details: _____

Εισπράξατε οποιαδήποτε αποζημίωση από οποιαδήποτε εταιρεία λόγω ατυχήματος; / Please state whether you have received any indemnity from any other company due to an accident ΝΑΙ YES ΟΧΙ NO

Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομέρειες / If so, please indicate the following:

Ποσό αποζημίωσης / Claim Amount	Περίοδος ολικής ανικανότητας για εργασία / Period of total disability for work	Ασφαλιστική Εταιρεία / Insurance Company
€ _____	_____	_____
€ _____	_____	_____
€ _____	_____	_____

Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση οποιωνδήποτε ατόμων που υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες του ατυχήματος / State the name and address of any individual witnessed of the accident:

Όνομα / Name	Διεύθυνση / Address	Τηλ. / Tel.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

► ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους πιο πάνω τραυματισμούς και βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθείς και συμφωνώ ότι αν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμά μου για αποζημίωση, θα χαθεί πλήρως.

I hereby declare that I have suffered the above stated injuries and thus confirm that all of the above details provided are true and I agree that in case that I have made or will make any false declaration, concealment and / or misrepresentation of facts, my legal right to compensation will be completely lost.

Υπογραφή / Signature

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερ. / Date