



ΥΔΡΟΓΕΙΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ
Κεντρικά Γραφεία: Ydrogiouss House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 80 24
ydrogiouss@cytanet.com.cy www.ydrogiouss.com.cy

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

Αριθμός Καλυπτικού Σημ. / Cover Note No.

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

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

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 Insured

Αρ. 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 Injured

Όνομα / 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: - / - Ωρα / 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 επισυνάψτε τα σχετικά πιστοποιητικά / Describe the nature and extent of the injury 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 you will be able to return to work? _____

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

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

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

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

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

Εισπράξατε οποιαδήποτε αποζημίωση από οποιαδήποτε εταιρεία λόγω ατυχήματος; NAI ΟΧΙ
Please state whether you have received any indemnity from any other company due to an accident YES 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 πρ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμα 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 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