



Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών: Τ. 210 9303800



eurolife.gr



eurolifeconnect.gr

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ Αριθμός Αιτήματος : 2000305673
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΛΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

Από

Προς Eurolife FFH ΑΕΑΖ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή , 10564 Αθήνα

Αριθμός Ασφαλιστηρίου ή Ασφαλιστηρίων:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

| | | |
|------------------|---|------------------------|
| Όνοματεπώνυμο | : | |
| Ημερ. Γέννησης | : | Πατρώνυμο: |
| Επάγγελμα | : | Τηλέφωνο : |
| Διευθ. κατοικίας | : | Τηλέφωνο : |
| Α.Φ.Μ. | : | Δ.Ο.Υ : |
| Κινητό Τηλ. | : | E-mail : |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (συμπληρώνονται όταν ο ασφαλισμένος είναι ανήλικος)

| | | |
|------------------|---|------------------------|
| Όνοματεπώνυμο | : | |
| Ημερ. Γέννησης | : | Πατρώνυμο: |
| Επάγγελμα | : | Τηλέφωνο : |
| Διευθ. κατοικίας | : | Τηλέφωνο : |
| Α.Φ.Μ. | : | Δ.Ο.Υ : |
| Κινητό Τηλ. | : | E-mail : |

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Μ.Ο.Α.: **ΑΠΑ:** **ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ :** **ΝΟΣΟΚ. ΕΠΙΔΟΜΑ:**

ΧΕΙΡ. ΕΠΙΔΟΜΑ: **ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ:** **Ι.Φ.Ε.:**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Ημερομηνία **2. Ώρα**..... **3. Τόπος**.....

- Περιγράψτε λεπτομερώς το ατύχημα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη:
.....
.....
- Σε ποιες ενέργειες προβήκατε μετά το ατύχημα;
.....
.....
- Σε ποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα εισαχθήκατε;
- Έλαβε γνώση του ατυχήματος αστυνομική αρχή, και ποια;

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου, **Ημερομηνία εξόδου** από το **Νοσοκομείο ή την Κλινική**

- Αναφέρατε την μορφή και τα συμπτώματα αυτής:.....
.....
.....
.....
- Είχατε ασθενήσει στο παρελθόν από αυτή την αιτία; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ.**
(**Εάν ΝΑΙ** αναφέρετε λεπτομέρειες)
.....
.....
- Πλήρης επωνυμία Νοσοκομείου ή Κλινικής:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ή ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο ή τον Αντισυμβαλλόμενο, εφόσον ο Ασφαλισμένος είναι ανήλικος)

Δηλώνω ότι όλες οι δηλώσεις και απαντήσεις του παρόντος εντύπου είναι αληθινές, ακριβείς και πλήρεις.

Εφόσον το αίτημα της αποζημίωσής μου γίνει αποδεκτό, παρακαλώ το ποσό αυτής να καταβληθεί στην Τράπεζα:

EUROBANK: ΕΘΝΙΚΗ: ΠΕΙΡΑΙΩΣ: Alpha:

Αριθμός IBAN

Επισυνάπτω φωτοτυπία της ταυτότητάς μου και φωτοτυπία της 1^{ης} σελίδας του βιβλιαρίου του τραπεζικού μου λογαριασμού ή βεβαίωση της Τράπεζας ή εκτύπωση από το web banking, από το οποίο προκύπτει η επωνυμία της Τράπεζας στην οποία τηρείται ο λογαριασμός, ο αριθμός IBAN του λογαριασμού και το ονοματεπώνυμο δικαιούχου/ων του λογαριασμού.

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου ή Αντισυμβαλλόμενου :

Υπογραφή :

Ο βεβαιώνω ότι ο ανωτέρω αναφερόμενος υπέγραψε το παρόν ενώπιόν μου.

Υπογραφή συνεργάτη:..... Κωδικός συνεργάτη:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: