



**ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA**

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΠΡΟΣ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ – ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α.

Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 193 - 195 & ΧΡ. ΣΜΥΡΝΗΣ 2, 17121 - ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ

Υπόψη: Τμήματος Αποζημιώσεων (Τηλ.: 2109309500, Fax: 2109309454,

e-mail: a.brounou@minetta.gr)

ΑΡ.ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:	
----------------	--	---------------------------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		Τ.Κ.:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		Τ.Κ.:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:		ΦΟΡΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΜΟΝΟΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ & ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:		ΤΟΠΟΣ:	
-------------------------------	--	--------	--

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ:			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:	

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ασθένεια (αναφέρατε την ασθένεια και συμπτώματα αυτής):

.....

.....

.....

Πρώτα Συμπτώματα (αναφέρατε χρονικά πότε πρωτοεμφανίστηκαν και ποιά η φύση των συμπτωμάτων αυτών):

.....

.....

.....

Στο παρελθόν (αναφέρατε εάν είχατε τυχόν συμπτώματα ή εάν είχατε αρρωστήσει από την ίδια αιτία):

.....

.....

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ:			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι αληθείς και εξουσιοδοτώ τους γιατρούς τα Νοσοκομεία, τις Κλινικές, τις Ασφαλιστικές εταιρίες καθώς και κάθε άλλον φορέα που μπορεί να δώσει πληροφορίες για το ατύχημα ή την ασθένεια αυτή, να ενημερώσουν σχετικά την Εταιρία.

Τόπος

Ο/Η ασφαλισμένος/η

Ημερομηνία
(ημέρα/μήνας/έτος)

Ο/Η δηλών/δηλούσα