

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

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

**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 έχετε προβεί μετά το ατύχημα;  
.....
- Σε ποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα εισαχθήκατε; .....
- Έλαβε γνώση του ατυχήματος αστυνομική αρχή, και ποια;. .....

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

**1. Ημερ/νία εισόδου στην κλινική**..... **2. Ημερομηνία εξόδου**.....

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

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** .....

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή Ασφαλισμένου: .....