

ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	
Αριθμός Συμβολαίου :	
Όνομα Ιδιοκτήτη :	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / ΑΝΗΛΙΚΟΥ	
Όνομα :	Ημερ. Γέννησης:/...../.....
Διεύθυνση :	Τηλέφωνο :
Για ανήλικο άτομο παρακαλώ σημειώσατε εδώ το όνομα και το τηλέφωνο του κηδεμόνα.	
ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
Πότε συνέβηκε το ατύχημα ;/...../..... Ωρα : π.μ./μ.μ.	
Πού έγινε το ατύχημα; / Τοποθεσία	
Δώστε σύντομη περιγραφή του ατυχήματος:	
Υπήρξαν μάρτυρες ; (εάν ΝΑΙ ονομάστε και δώστε λεπτομέρειες)	
ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Ποιες σωματικές βλάβες πάθατε από το ατύχημα;	
Ονομάστε τον θεράποντα ιατρό σας;	
Νοσηλευθήκατε; Εάν ΝΑΙ Από/...../..... Μέχρι/...../.....	
Όνομα Νοσοκομείου / Κλινικής	
ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις , ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις. Εξουσιοδοτώ την Eurolife Ltd. να ζητήσει και να πάρει από οποιονδήποτε ιατρό, νοσηλευτικό ίδρυμα και ασφαλιστική ή άλλη εταιρεία, πληροφορίες και εκθέσεις που αφορούν την πνευματική και σωματική υγεία του πιο πάνω αναφερόμενου παιδιού.	
Ονοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα :.....	
Υπογραφή Γονέα/ Κηδεμόνα :	
Ημερομηνία :	
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις , ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις.	
Υπογραφή Ιδιοκτήτη Συμβολαίου :	
Ιδιότητα Υπογράφοντος :	
Ημερομηνία :	