



HELIX INSURANCE LTD

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

(ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΧΗΓΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Ή ΤΟΝ ΚΗΔΕΜΟΝΑ)

1. ΣΥΣΤΗΜΑ: ΕΠΑΡΧΙΑ:
2. ΟΝΟΜΑ & ΙΔΙΟΤΗΤΑ:
3. ΑΡ. ΣΥΓΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΑΡ. ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟΥ: ΗΜ.ΓΕΝΝ.:
4. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:
5. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

6. ΗΜΕΡ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ: ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
7. ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
8. ΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΕΙ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:
9. ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
α) β)

ΑΝ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΣΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΙΚΟ ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΕΧΟΜΕΝΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

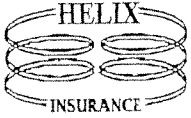
10. ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ
11. ΠΟΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ
12. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ
13. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ: ΤΗΛ:
14. ΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΕΤΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:
α) ΟΝΟΜΑ / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΛ:
β) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΩΡΑ π.μ/μ.μ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΩΡΑ π.μ/μ.μ.

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΚΑΙ ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΨΕΥΔΕΙΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΤΙ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΡΘΕΣ ΚΑΙ ΑΛΗΘΙΝΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΡΧΗΓΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ:
(ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΤΕ ΠΟΙΟΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ)

SCOUTS.CY/AM.FORM1.DOC



ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

(Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΥΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΝΤΟΣ 30 ΗΜΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ)

- 1. ΣΥΣΤΗΜΑ:..... ΕΠΑΡΧΙΑ:.....
- 2. ΟΝΟΜΑ & ΙΔΙΟΤΗΤΑ:
- 3. ΑΡ. ΣΥΓΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΑΡ. ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟΥ:..... ΗΜ.ΓΕΝΝ.:.....
- 4. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:
- 5. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
- ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

- 6. ΗΜΕΡ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ: ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
- 7. ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:
- 8. ΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΕΙ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:
-
- 9. ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΤΟΥΣ:
α) β).....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

- 10. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ:
- 11. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ:
- 12. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ: ΤΗΛ:.....
- 13. ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΚΛΙΝΙΚΗ:
α) ΟΝΟΜΑ / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ:.....
..... ΤΗΛ:.....
β) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΩΡΑ Π.Μ./Μ.Μ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ..... ΩΡΑ Π.Μ./Μ.Μ

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΚΑΙ ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΨΕΥΔΕΙΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΤΙ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΡΘΕΣ ΚΑΙ ΑΛΗΘΙΝΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΡΧΗΓΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ:
(ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΤΕ ΠΟΙΟΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ)



HELIX INSURANCE LTD

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΗ:

ΠΟΤΕ ΞΕΚΙΝΗΣΕ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ Ή Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ:

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΤΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΝΕΡΩΝΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ:

.....
.....
.....

ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΑΝ ΑΦΟΡΑ ΜΑΤΙ Ή ΑΚΡΟ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ ΔΕΞΙ Ή ΑΡΙΣΤΕΡΟ

.....
.....
.....

ΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ.....

.....
.....
.....

ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΕΜΕΙΝΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ

ΑΠΟ: ΜΕΧΡΙ:

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ:

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ:

ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ:

ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΑΠ' ΟΤΙ ΞΕΡΩ ΚΑΙ ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ
ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ.

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΤΗΛ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΣΦΡΑΓΙΔΑ