



# ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ

Καλλιπόλεως 44, Λευκωσία 1071, Τ.Κ. 22111, Λευκωσία 1517, Τηλ.: 758585, Φαξ: 754747, E-mail: progressive@cytanet.com.cy

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ

Ημ. Παραλαβής  
Date received

Αρ. Αποζημίωσης  
Claim File No.

## ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  
ΚΛΑΔΟΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

### ΜΕΡΟΣ Α: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

1. Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου	2. Διεύθυνση κατοικίας/Τηλ.	3. Επάγγελμα Ασφαλισμένου	4. Αριθμ. Συμβολαίου
5. Ονοματεπώνυμο παθόντος	6. Ημερ. Γεννήσεως παθόντος	7. Επωνυμία εργοδότη Δ/ση εργασίας / Τηλ.	

### ΜΕΡΟΣ Β: ΑΤΥΧΗΜΑ

1. Περιγράψτε με λεπτομέρειες το είδος και τις συνθήκες του ατυχήματος σας		Ημερομηνία:
		Ώρα:
		Τόπος:
2. Τι ενέργειες κάνατε μετά το Ατύχημα.		
3. Ενημερώθηκε αστυνομική αρχή για το ατύχημα;	4. Σε περίπτωση Νοσηλείας αναφέρατε Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΑΠΟ.....ΕΩΣ.....	
5. Ονόματα και Διευθύνσεις μαρτύρων, εάν υπάρχουν		

### ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΔΑΠΑΝΩΝ

### ΜΕΡΟΣ Γ: ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

1. Διάστημα Ολικής Ανικανότητας για εργασία ΑΠΟ: ..... ΕΩΣ: .....
2. Επισκεφθήκατε τον τόπο εργασίας σας κατά τη διάρκεια της Ανικανότητας ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ για ποιο λόγο;
3. Έληξε η Ανικανότητα σας; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4. Άρχισατε έστω και μερικά να εργάζεστε και από πότε;

**ΜΕΡΟΣ Δ:**

1. Δικαιούστε αποζημιώσεως από άλλο ασφαλιστικό φορέα;  
ΝΑΙ  ΟΧΙ  (Εάν ΝΑΙ από ποιον και πόσο);

2. Αναφέρατε ονόματα και Δ/νσεις θεραπόντων ιατρών

3. Αναφέρατε αναλυτικά στοιχεία για τα δικαιολογητικά που θα επισυνάψετε με αυτή την ΑΙΤΗΣΗ

<u>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</u>	<u>ΕΙΔΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ</u>	<u>ΑΡΙΘΜ. ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΣ</u>	<u>ΠΟΣΟ</u>
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....

Υπεύθυνα δηλώνω ότι όλες οι πιο πάνω πληροφορίες είναι πλήρεις και αληθείς και εξουσιοδότην όλους τους γιατρούς, τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα που χρησιμοποίησα να δώσουν στην **ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ** οποιαδήποτε πληροφορίες και αντίγραφα των αρχείων τους σχετικά με το ως άνω ατύχημα

.....  
Ημερομηνία

.....  
Υπογραφή Ασφαλισμένου

**Για κάθε περίπτωση ατυχήματος συμπληρώνεται χωριστή δήλωση και υπογράφεται απαραίτητως από τον κυρίως ασφαλισμένο.**