



[Αναγγελία Ατυχήματος | Ασθένειας]

ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στοιχεία Ασφαλιζόμενου	Αρ. Ασφαλιστηρίου	<input type="text"/>
Επώνυμο	<input type="text"/>	
Όνομα	Όνομα πατρός	<input type="text"/>

I. ΑΤΥΧΗΜΑ	Τόπος ατυχήματος	<input type="text"/>	Ημερ/νία ατυχήματος	<input type="text"/>
Περιγραφή συνθηκών ατυχήματος και σωματικές βλάβες που προκλήθηκαν				
<input type="text"/>				

II. ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Ημερ/νία εκδήλωσης ασθένειας	<input type="text"/>
Συμπτώματα - Περιγραφή		<input type="text"/>
Έχετε νοσήσει ποτέ στο παρελθόν από την ίδια αιτία;		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Αν Ναι, αναφέρατε ημερομηνίες και περιγράψτε τον τρόπο αντιμετώπισης (ιατρικές επισκέψεις, θεραπείες κ.λπ.)		<input type="text"/>

Επισυναπτόμενα Έγγραφα

-
-
-
-
-

Τόπος

Ημερ/νία
(Ημέρα/Μήνας/Έτος)

Ο Δηλών
(Όνοματεπώνυμο/Υπογραφή)