



# Lloyd's Accident Insurance

## **ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

### **A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ**

Αριθμός Συμβολαίου: ..... Κωδικός Ασφαλιστή: .....

Σχολείο: .....

Όνομα Μαθητή : ..... ΤΜΗΜΑ/ΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΗ.....

Όνομα Πατέρα / Κηδεμόνα: .....

Διεύθυνση: .....

Τηλέφωνο 1: ..... Τηλέφωνο 2: ..... Τηλέφωνο 3: .....

### **B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

α) Ημερομηνία Ατυχήματος : ..... Ωρα: .....

β) Βρισκόσασταν στο σχολείο την ώρα του ατυχήματος  ΝΑΙ  ΟΧΙ

γ) Δώστε σύντομη περιγραφή του ατυχήματος : .....

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

δ) Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες

1) .....

2) .....

### **Γ. ΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ**

α) Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής:

.....  
.....

β) Ημερομηνία και ώρα εισόδου : .....

Ημερομηνία και ώρα εξόδου: .....

#### Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

---

- α) Ονοματεπώνυμο Ιατρού:.....
- β) Περιγραφή ατυχήματος:.....
- γ) Διευθυνση:.....
- δ) Ανικανότητα για εργασία: από:.....μέχρι:.....
- ε) Παραμονή σε νοσοκομείο: από:.....μέχρι:.....
- ζ) Προυπήρχε του ατυχήματος κάποια ανικανότητα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- η) Αν ναι δώστε στοιχεία.....  
.....
- θ) Τι θεραπεία ακολουθείται:.....  
.....
- ι) Έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία: ΝΑΙ ΟΧΙ

.....  
Υπογραφή και σφραγίδα θεράπωντα ιατρού

#### Ε. ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

---

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ τους Lloyd's Underwriters και τους αντιπροσώπους τους Prodromou & Makriyiannis Insurance Underwriting Agencies & Consultants Ltd για οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε χρειασθεί από το Νοσοκομείο ή Κλινική σε σχέση με το περιστατικό ή το ιστορικό υγείας μου.

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή: .....

#### Ζ. Επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων προσωπικού Χαρακτήρα

---

Πληροφορήστε ότι για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σας σύμβασης η εταιρεία ίσως να προβεί σε επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.  
Η επεξεργασία αυτή θα αφορά δεδομένα υγείας του ασφαλισμένου προσώπου και θα περιορίζεται στα δεδομένα τα οποία είναι απαραίτητα για την διεκπεραίωση της απαίτησης σας.  
Παρακαλούμε όπως μας επιβεβαιώσετε κατά πόσον αποδέχεστε τα πιο πάνω σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο μαζί με την υπογραφή σας.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή: .....