

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ/ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

(Αποστολή εντός 4ων ημερών)

ασφαλισμένος _____

ηλικία _____ επάγγελμα _____

διεύθυνση κατοικίας _____ τηλ. _____

συνοικία - πόλη _____

διεύθυνση εργασίας _____ τηλ. _____

συνοικία - πόλη _____

A ΑΤΥΧΗΜΑ τόπος, ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος _____

περιγραφή των συνθηκών του ατυχήματος _____

σωματικές βλάβες που σας προκάλεσε το ατύχημα αυτό _____

πάθατε κατά το παρελθόν παρόμοιο ατύχημα και τότε; _____

B ΑΣΘΕΝΕΙΑ περιγραφή _____

A ή B ΑΤΥΧΗΜΑ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ μπήκατε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα; σε ποιο; _____

ή μένате σπίτι σας και από πότε μέχρι πότε; _____

Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ασφαλιστικό ταμείο; _____

αρχίσατε να δουλεύετε έστω και μερικός και από πότε; _____

Δηλώνω υπευθυνα πως οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι σωστές και αληθινές και εξουσιοδοτώ τους γιατρούς και το Ίδρυμα που με νοσήλευσε να σας δώσει κάθε πληροφορία σχετικά με αυτή τη δήλωση.

Ημερομηνία και Υπογραφή Ασφαλισμένου