

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
Ασφαλιστικό Σχέδιο Γενικής Ασφάλισης και Σχέδιου Στήριξης νεαρών πρωταθλητών

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____
Σωματείο/Ομοσπονδία: _____
Δικαιούχος Αποζημίωσης: _____
Όνομα Αθλητή: _____
Άθλημα: _____
Ημερομηνία, ώρα και
τοποθεσία ατυχήματος: _____
Περιγραφή τραυματισμού: _____
Όνομα Θεράποντος Ιατρού: _____
Υπογραφή Αθλητή: _____
Υπογραφή και Σφραγίδα
Σωματείου/Ομοσπονδίας: _____
Ημερομηνία: _____

ΠΡΟΣΟΧΗ

Το παρόν έντυπο πρέπει να αποστέλλεται εντός 15 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος μαζί με την Ιατρική Γνωμάτευση του Θεράποντος Ιατρού και με όλα τα απαραίτητα πρωτότυπα δικαιολογητικά που αφορούν το ατύχημα.

Σε περίπτωση φυσιοθεραπειών πρέπει να υπάρχει σύσταση από τον Θεράποντα Ιατρό που να αναφέρει τον αριθμό των φυσιοθεραπειών που πρέπει να γίνουν.

Φυσιοθεραπείες, εξιδικευμένες εξετάσεις M.R.I κλπ., για να γίνουν αποδεκτές θα πρέπει από τη φύση του τραυματισμού να επιβάλλονται και να αποδεικνύεται η αναγκαιότητά τους.

Το παρόν έντυπο να αποστέλλεται στη διεύθυνση:
Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd
Λεωφ. Λεμεσού Αρ. 79, Γωνία Κωστή Παλαμά 1&3, 2121 Αγλαντζιά Λευκωσία
Τηλ. 22 050200 Φαξ. 22 050297

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από το θεράποντα ιατρό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς: _____ Ηλικία: _____
Επάγγελμα: _____

1. Ημερομηνία Ατυχήματος: _____

1^Α. Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για:
Πρώτη Φορά: _____ Τελευταία φορά: _____ Σύνολο εξετάσεων: _____
Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό: Ναι Όχι
Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε; _____

2. α) Ποια η αίτια του ατυχήματος απ' ότι γνωρίζετε: _____

β) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, περιγράψτε: _____

γ) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; _____

δ) Διάγνωση/Ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς): _____

ε) Θεραπεία που παρασχέθηκε: _____

3. α) Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πελάτης, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; Ναι Όχι
Αν ΟΧΙ, περιγράψτε: _____

β) Νοσηλεύθηκε στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες: _____

4. Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από: _____ Μέχρι: _____

5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια; Από: _____ Μέχρι: _____

6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής:

α) Θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή να εργαστεί μερικώς; Από: _____ Μέχρι: _____

β) Ήταν εντελώς ανίκανος για εργασία ή επίβλεψη της εργασίας; Από: _____ Μέχρι: _____

γ) Πότε προβλέπετε να επιστρέψει στην εργασία του; _____

7. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΟΧΙ, αναφέρεται την παρούσα κατάσταση και θεραπεία: _____

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές

Υπογραφή Ιατρού: _____ Ειδικότητα: _____

Όνοματεπώνυμο Ιατρού: _____ Ημερομηνία: _____

Αρ. Ασφαλιστηρίου: _____ Όνομα Ασφαλ.: _____ Υπογρ. Ασφαλ.: _____