



Γ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όνομα γιατρού ή Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλευτήκατε :

.....

ΤΗΛ. Ιατρού /Νοσοκομείου : ΝΟΣΗΛΕΙΑ Από/...../..... Εως...../...../.....

Ποιά Αστυνομική Αρχή έλαβε γνώση ; Πότε;

Δόθηκε αναρρωτική άδεια; ΝΑΙ ΟΧΙ, από/...../..... μέχρι/...../..... Συνεχίζεται;.....

Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας; ΝΑΙ ΟΧΙ Από πότε;

.....

Ποιές εξετάσεις ή φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία σας συνέστησε ο θεράπων γιατρός σας;

.....

.....

Δ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- | | | |
|---|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Ιατρική γνωμάτευση | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις ιατρών, αρ..... | Ποσό |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις φαρμάκων, αρ..... | Ποσό |
| <input type="checkbox"/> Ιατρική συνταγή | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις εξετάσεων, αρ..... | Ποσό |
| <input type="checkbox"/> Ιατρικό ιστορικό | <input type="checkbox"/> Αποδείξεις νοσηλείας, αρ..... | Ποσό |
| <input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων | | |

ΆΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (Περιγραφή)

.....

.....

.....

(ΧΩΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

.....

.....

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή και ανακριβή δήλωση, ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή τα νοσοκομεία/κλινικές ή άλλα ιδρύματα να δώσουν στην GENERALI HELLAS οποιαδήποτε πληροφορία και αντίγραφα των αρχείων τους, σχετικά με την απαίτησή μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

Παρελήφθη την/...../.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Από(υπογραφή)