



Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Όνομα Ασφαλισμένου:

Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Δηλώσατε τη Σοβαρή Ασθένεια για την οποία υποβάλλατε απαίτηση.

Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα για την πιο πάνω ασθένεια;

Δώστε λεπτομέρειες των αρχικών συμπτωμάτων.

Πότε συμβουλευτήκατε γιατρό για τα συμπτώματα της ασθένειας αυτής;

Δώστε λεπτομέρειες ιατρικών εξετάσεων που έγιναν για να διαπιστωθεί η ασθένεια και το μέγεθος της κατάστασης.

Είχατε ποτέ υποφέρει ή είχατε πάρει θεραπευτική αγωγή για παρόμοια ή συγγενή πάθηση; ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ναι δώστε λεπτομέρειες με σχετικές ημερομηνίες.

Πάθηση	Θεράπων Γιατρός	Ημερομηνία	Θεραπευτική Αγωγή

Δώστε στοιχεία του προσωπικού σας γιατρού που σας παρακολουθεί τους τελευταίους 12 μήνες. Αν πριν το διάστημα αυτό παρακολουθείσταν από άλλο γιατρό να δοθούν τα στοιχεία του.

Προσωπικός Γιατρός για τους τελευταίους 12 μήνες:

Προηγούμενος προσωπικός γιατρός πριν τους τελευταίους 12 μήνες:

Δώστε στοιχεία των γιατρών που σας εξέτασαν για την ασθένεια αυτή.

Όνομα Γιατρού	Νοσοκομείο/Κλινική	Ημερομηνία	Είδος Θεραπείας

Έχετε παρόμοια ασφάλεια με άλλη ασφαλιστική εταιρεία; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι δώστε λεπτομέρειες.

Ασφαλιστική Εταιρεία	Ασφαλισμένο Ποσό	Ημερ. Ασφαλιστηρίου	Αρ. Ασφαλιστηρίου
.....	€.....

ΔΗΛΩΣΗ

Με το παρόν εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς, νοσοκομεία, κλινικές που καθ' οιονδήποτε χρόνο με εξέτασαν να εφοδιάσουν την Universal Life Insurance Public Co Ltd με οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες τους ζητηθούν.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία