

**5.1. ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ**  
(Συμπληρώνεται από τον/την Ασφαλισμένο/η)

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου:	Αρ. Ταυτ.	
Διεύθυνση Κατοικίας:	Τηλέφωνα:	
Διεύθυνση Εργασίας:	Τηλέφωνα:	
<b>Αν η ανικανότητα προήλθε από Ασθένεια:</b>		
Ημερομηνία έναρξης της Ασθένειας:		
Δώστε λεπτομέρειες της Ασθένειας:		
<b>Αν η ανικανότητα προήλθε από Ατύχημα:</b>		
Ημερομηνία Ατυχήματος:	Ώρα Ατυχήματος:	
Δώστε λεπτομερή περιγραφή του Ατυχήματος:		
Τι θεραπεία ακολουθείτε σήμερα; (χειρουργική ή μη, φαρμακευτική ή οποιαδήποτε άλλη αγωγή)		
Νοσηλευθήκατε ποτέ σε νοσοκομείο/ κλινική γι' αυτό το συμβάν ή ασθένεια; Αν ΝΑΙ, που και πότε;		
Ποιοι ιατροί σας παρακολουθούν και από πότε;		
Όνομα / Ειδικότητα	Διεύθυνση / Τηλέφωνο	Ημερομηνία
Είστε κλινήρης; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Είστε περιορισμένος/η στο σπίτι; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Κινείστε με βοήθεια; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Χρειάζεστε βοήθεια για τις καθημερινές σας ανάγκες; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις δώστε λεπτομέρειες:		
Οδηγείτε αυτοκίνητο; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (Αν ΟΧΙ εξηγήστε)		
Είστε εκτός εργασίας; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
Αν ΝΑΙ τι σας εμποδίζει να εργαστείτε όπως πριν;		
Τι σας εμποδίζει να ασχολείστε με οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από τη δική σας;		
Έχετε πάρει ή παίρνετε άλλα ωφελήματα για το ίδιο περιστατικό από άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή άλλο οργανισμό;		
<b>ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΙΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΣΚΠΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ.</b>		
<b>ΔΗΛΩΣΗ:</b>		
Δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου, ότι οι πιο πάνω δηλώσεις είναι πλήρεις και αληθείς. Εξουσιοδοτώ την <b>Gan Direct Insurance Ltd</b> να ζητήσει και να πάρει από οποιονδήποτε ιατρό, νοσηλευτικό ίδρυμα και ασφαλιστική εταιρεία, πληροφορίες και εκθέσεις που αφορούν την πνευματική και σωματική μου υγεία.		
Υπογραφή Ασφαλισμένου.....		Ημερομηνία.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Μαζί με το έντυπο απαιτήσεων, θα πρέπει να προσκομίζονται και όλα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά (πρωτότυπα). Απαραίτητα δικαιολογητικά για απαίτηση ωφελήματος ανικανότητας**

1. Έντυπα αίτησης (πλήρως συμπληρωμένα) (Εντός 12 μηνών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της εκδήλωσης της ασθένειας)
2. Ιατρικό Ιστορικό/Έκθεση Ιατρικού συμβουλίου
3. Φωτοτυπία Ταυτότητας Ασφαλισμένου
4. Απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για ανικανότητα όπου να φαίνονται αναλυτικά τα ποσοστά αναπηρίας βάσει των οποίων ο ασφαλισμένος συνταξιοδοτείται
5. Δήλωση Εργοδότη