

TRAVEL CLAIM FORM**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ**

It is essential that all questions (unless obviously inapplicable) should be fully answered

NAME
ΟΝΟΜΑ : _____

ADDRESS
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

POLICY NO.
ΑΡ. ΑΣΦ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: _____

EXPIRY DATE
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΕΩΣ: _____

DATE OF ACCIDENT/LOSS/INJURY
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ-ΖΗΜΙΑΣ/ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ: _____

PLACE OF LOSS/ INJURY
ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΖΗΜΙΑΣ/ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ: _____

TIME
ΩΡΑ: _____

EXTEND OF LOSS/INJURY
ΕΚΤΑΣΗ ΖΗΜΙΑΣ/ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ: _____

CIRCUMSTANCES:
ΓΕΓΟΝΟΤΑ: _____

ESTIMATED COST OF LOSS
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΖΗΜΙΑΣ: _____

TO WHOM IT WAS REPORTED?
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΔΗΛΩΘΗ: _____

PROBABLE CAUSE OF LOSS/ACCIDENT
ΠΙΘΑΝΗΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ / ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ: _____

WITNESSES: NAME & ADDRESS
ΜΑΡΤΥΡΕΣ: ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ: _____

DATE: _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

SIGNATURE: _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ