

Policy No.	Client Code	Endorsements	Limitations	Drivers

**Head Office**

15, Esperidon Str., 2001 STROVOLOS
 P.O.Box 24579, 1301 NICOSIA
 Tel.: 22 886000, Fax: 22 886111
 E-mail: atlantic@atlantic.com.cy
 Website: www.atlantic.com.cy

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ PROPOSAL FORM FOR MOTOR VEHICLE INSURANCE

Σε περίπτωση που δεν συμπληρωθεί όλη η Πρόταση, η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη σύναψη της σύμβασης./
 In case the Proposal is not fully completed, the Company shall have the right not to proceed with the conclusion of the contract.

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1. | ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΚΑΛΥΨΗ
INSURANCE PROVIDED | 2. | ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/PERIOD OF INSURANCE |
| | Πериεκτική Executive
Comprehensive Executive <input type="checkbox"/>
Πериεκτική
Comprehensive <input type="checkbox"/>
Ευθύνης έναντι Τρίτου, Πυρός και Κλοπής
Third Party, Fire and Theft <input type="checkbox"/>
Ευθύνης έναντι Τρίτου Plus
Third Party Plus <input type="checkbox"/>
Ευθύνης έναντι Τρίτου
Third Party <input type="checkbox"/> | | ΕΝΑΡΞΗ/COMMENCING ON
Ώρα:..... Ημερ.:.....
Hour:..... Date.
<hr/> ΛΗΞΗ/EXPIRING ON
Μεσάνυκτα της:.....
Midnight of:..... |

3. (α) Απαλλαγί/Excess: (β) Αυξημένη απαλλαγί (π.χ. νεαρός οδηγός, οροφή κλπ)/Increased excess (e.g. young driver, roof hood etc.)

4. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ/PROPOSER'S PARTICULARS** (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ - FILL IN BLOCK LETTERS)

Πλήρες Όνομα/Full Name:.....

Ιθαγένεια/Nationality:..... Ημ. Γεννήσεως/Date of Birth:

Διεύθυνση εργασίας/Work address:.....
 Τηλ. εργασίας/Work Tel.:

Διεύθυνση κατοικίας/Home address:.....
 Τηλ. κατοικίας/Home Tel.:

Διεύθυνση αλληλογραφίας/Mailing address:.....
 Κινητό Τηλ./Mobile Tel.:

Ηλ. Διεύθυνση/E-mail:

Επάγγελμα ή είδος εργασίας/Profession or type of work:

Επάγγελμα μερικής Απασχόλησης/ Part-time job:

Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ή Αρ. Εγγραφής Εταιρείας
 Identity Card No. or Passport No. or Company Reg. No.

Οικογενειακή κατάσταση/Marital status: Έγγαμος/Married Ελεύθερος/Single Σύντροφος/Partner

Χώρα Μόνιμης Διαμονής/Permanent Residence:

Ημερομηνία απόκτησης Άδειας οδηγού/Date of issue of Driving Licence
 (Δηλώστε αν είναι μαθητεύομενος) (State whether learner):

Χώρα Έκδοσης Άδειας Οδηγού/Country of Issue: Αριθμός Άδειας Οδηγού/Driving Licence Number

Μονογραφή/Initials:

.....

5. Είναι το όχημα εγγεγραμμένο στο όνομα σας; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν όχι δηλώστε πλήρες όνομα ιδιοκτήτη.
Is the vehicle registered in your own name? YES NO . If not, give full name of owner.

Όνομα ιδιοκτήτη δυνάμει δανειακής σύμβασης (αν υπάρχει).
Name of owner by virtue of a loan agreement (if any).

6. Εσείς και τα άλλα πρόσωπα που πιθανόν να οδηγούν το όχημα έχουν οδηγήσει τακτικά στην Κύπρο τα τελευταία 3 χρόνια και κατέχουν την κατάλληλη άδεια οδηγού για τον τύπο οχήματος που πρόκειται να ασφαλιστεί; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν όχι, δώστε λεπτομέρειες.
Have you and all Regular Drivers been driving in Cyprus during the last 3 years and hold the appropriate licence for the specific type of vehicle to be insured? YES NO . If not, give details.
7. Χρησιμοποιείτε ή έχετε πρόθεση να χρησιμοποιήσετε εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος εξουσιοδοτημένος οδηγός το προς ασφάλιση όχημα για ταξίδια στο εξωτερικό; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Do you or any other authorised driver use or have the intention of using the insured vehicle for travelling abroad? YES NO . If yes, give details of countries of destination, frequency and duration of such trips.
8. Από ότι καλύτερα γνωρίζετε, εσείς ή οποιοδήποτε πρόσωπο που θα οδηγεί το προς ασφάλιση όχημα πάσχει ή έπασχε τώρα ή κατά τα τελευταία τέσσερα χρόνια από διαβήτη, επιληψία ή καρδιακό πρόβλημα ή μειωμένη όραση ή ακοή ή από άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια ή αναπηρία; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
To the best of your knowledge and belief, do you or any person who will be driving the motor vehicle to be insured, suffer now or suffered during the last four years from diabetes, epilepsy, heart problems, reduced vision or hearing, or from any other disease or incapacity of body or mind? YES NO . If yes, give details.
9. Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία ή οποιοσδήποτε ασφαλιστής σε σχέση με ασφαλιστήριο οχημάτων για λογαριασμό σας ή για λογαριασμό οποιουδήποτε προσώπου που θα οδηγεί το προς ασφάλιση όχημα σε οποιοδήποτε χρόνο απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλιση, απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους, αρνηθεί να ανανεώσει ή ακύρωσε οποιοδήποτε ασφαλιστήριο έγγραφο; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Has any Insurance Company or any Insurer at any time and in connection with Motor Insurance in your name or in the name of any person who will be driving the motor vehicle rejected any Proposal for insurance, demanded increased premium or imposed special terms, refused to renew or cancelled any motor policy? YES NO . If yes, give details.
10. Έχετε τώρα ή είχατε προηγουμένως ασφαλιστήριο για οποιοδήποτε όχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δηλώστε
Have you now or did you have in the past, an Insurance Policy in force covering any motor vehicle? YES NO . If yes, state
Ασφαλιστική εταιρεία/Insurance Company:.....
Αρ. Συμβολαίου/Policy Number:
Αρ. Εγγ. Οχήματος/Registration Number:.....
Κάλυψη/Cover:
11. Έχετε εμπλακεί σε οποιοδήποτε τροχαίο ατύχημα τα τελευταία πέντε χρόνια; ΝΑΙ ΟΧΙ .
Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες (για κάθε ατύχημα: αριθμ. εγγραφής οχήματος, ημερομηνία, ποσό απαίτησης, ανοικτή ή κλειστή υπόθεση).
Have you been involved in any motor accident during the last five years? YES NO .
If yes, give details (for each accident: reg. no., incident date, claim amount, claim open or closed).

12. Στοιχεία που αφορούν το προς ασφάλιση όχημα/Details concerning the vehicle to be insured

Αρ. Εγγραφής Reg. No.	Μάρκα, Μοντέλο και Χρώμα Οχήματος Make, Model and Colour	Τύπος Οχήματος σύμφωνα με τους Περί Τροχαίας Κινήσεως Νόμο/Κανονισμούς Type of Vehicle in accordance with the Motor Traffic Laws/ Regulations	Κυβ. Μηχανής (CC) ή Ιπποδύναμη (HP) ή Κιλοβάτ (KW) Cubic Capacity (CC) or Horse Power (HP) or Kilowatt (KW)	Έτος Κατασκευής Year of Manufacture

Επιβάτες συμπεριλαμβανομένου και του οδηγού Passengers including driver	Εκτίμηση αξίας από τον προτείνοντα Proposer's Estimate of Value	Ημερομηνία και Κόστος Αγοράς Date and Cost of Purchase	Επιτρεπόμενο μεικτό βάρος Approved carrying capacity	Δηλώστε κατά πόσο οποιοδήποτε από τα οχήματα είναι αριστεροτίμονο ή με ανοιγόμενη οροφή (δηλώστε κατά πόσο είναι σκληρή ή μαλακή οροφή) State whether any of the vehicles is Left-Hand Drive or convertible (state whether hard or soft top)

Μονογραφή/Initials:

.....

13. Είναι το όχημα σπορ αυτοκίνητο ή έχει αυξημένη ιπποδύναμη ή απόδοση; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Is the vehicle a sport car or has increased horse power or performance? YES NO. If yes give details.

14. Είναι το όχημα αδασμολόγητο; ΝΑΙ ΟΧΙ . Is the vehicle duty free? YES NO .

15. Έχετε σε ισχύ Πιστοποιητικό Καταλληλότητας (MOT) για το ασφαλισμένο όχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ .
Do you have a Road Worthiness Certificate (MOT) in force for the insured vehicle? YES NO .

16. Έχουν γίνει οποιεσδήποτε τροποποιήσεις στο όχημα από τον αρχικό του τύπο; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Have any alterations been made to the original type of the vehicle? YES NO . If yes, give details.

17. Χρήση του προτεινόμενου οχήματος για ασφάλιση. Δώστε λεπτομέρειες.

Use of the vehicle to be insured. Give details.

Ιδιωτική/Private Εμπορική/Commercial Motor Trade

Άλλη Χρήση (Προσδιορίστε) /Other use (Specify)

18. Αναφέρετε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που θα βοηθούσε στην εκτίμηση του κινδύνου.

State any other information relevant to the assessment of the risk.

19. Διατηρείτε σε ισχύ με την Εταιρεία μας οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο; ΝΑΙ ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.

Do you have in force any other insurance Policy with our Company? YES NO . If yes, give details.

20. **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΙ ΟΔΗΓΟΙ /AUTHORISED DRIVERS**

(α) Κατονομαζόμενοι οδηγοί (όπως αναφέρονται πιο κάτω).
Named drivers (as specified below).

(β) Οποιοσδήποτε οδηγός μεταξύ 24-70 ετών με πάνω από δύο χρόνια Κυπριακή ή Αγγλική κανονική άδεια οδήγησης.
Any driver aged 24-70 with Cypriot or UK regular driving licence for at least 2 years.

Στην περίπτωση που ισχύει το (β) πρέπει να δηλώνονται τα στοιχεία όλων των ατόμων που θα οδηγούν τακτικά.

If (b) above applies, the particulars of all regular drivers should be given.

Πλήρες Όνομα Full Name	Επάγγελμα Occupation	Εθνικότητα Nationality	Ημ. Γεννήσεως Date of Birth	Ημερ. Απόκτησης και χώρα (έκδοσης) άδειας οδηγού. (Δηλώστε αν είναι μαθητευόμενος) Date of issue and Country of Driving Licence (State whether Learner)	Χώρα Έκδοσης και Αρ. Ταυτ./ Διαβατηρίου Issuing Country and Number of ID/ Passport

Τροχαία ατυχήματα κατά τα τελευταία 5 χρόνια
(Δηλώστε ημερομηνίες ατυχημάτων και λεπτομέρειες ζημιών κατά οδηγό)
Claims submitted during the last 5 years for motor accidents.
(State dates and cost of claims for each driver)

Έχει οποιοσδήποτε από τους οδηγούς μειωμένη όραση,
ακοή ή περιορισμένη χρήση άκρων;
Has any driver reduced vision or hearing,
or limited use of limbs?

Ημερομηνία /Date

Λεπτομέρειες/Details

Μονογραφή/Initials:

21. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ /ADDITIONAL BENEFITS

		END NO.	ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ/INDICATE ✓
I.	i) Κάλυψη για θραύση γυαλιών στον ανεμοθώρακα μέχρι συγκεκριμένου ποσού. Δηλώστε ποσό. Breakage of glass in the windscreen up to a specified amount. State amount.	54	<input type="checkbox"/> Ποσό/Amount.....
	(ii) Κάλυψη για θραύση γυαλιών στον ανεμοθώρακα ή στα παράθυρα μέχρι συγκεκριμένου ποσού. Δηλώστε ποσό. Breakage of glass in the windscreen or in the windows up to a specified amount. State amount.	4	<input type="checkbox"/> Ποσό/Amount.....
	(iii) Κάλυψη για θραύση γυαλιών στον ανεμοθώρακα ή στα παράθυρα για απεριόριστο ποσό. Breakage of glass in the windscreen or in the windows for an unlimited amount.	68	
II.	Κάλυψη Προσωπικών Ατυχημάτων για τον οδηγό/Personal Accident Cover for the driver. Εάν επιθυμείτε το ωφέλημα αυτό δώστε ονόματα/If you want this benefit state names.	43	<input type="checkbox"/> €20.000 <input type="checkbox"/> €40.000 <input type="checkbox"/> €60.000
III.	Κάλυψη Απώλειας Χρήσης. Loss of Use Benefit.	87	
IV.	Προστασία της Έκπτωσης για μη Υποβολή Απαίτησης. No Claim Bonus Protection.	78A	
V.	Οδήγηση άλλου ιδιωτικού οχήματος για Ευθύνη Έναντι Τρίτων. Driving other Private Vehicles for Third Party Cover.	86	
VI.	Κάλυψη για Φυσικούς Κινδύνους. Cover for Natural Perils.	83	
VII.	Κάλυψη για Απεργίες, Οχλαγωγίες και Πολιτικές Αναταραχές. Cover for Strikes, Riots and Civil Commotions.	89	
VIII.	Κάλυψη για ρυμουλκούμενο όχημα (Αρ. Εγγραφής).	5A	
IX.	Κάλυψη για Προσωπικά Αντικείμενα/Μετρητά. Cover for Personal Effects/Cash.	91	
X.	Αντικατάσταση Ασφαλισμένου Οχήματος με καινούργιο. Replacement of the Insured vehicle by a new one.	96	
XI.	Απώλεια ή Κλοπή Πιστωτικής Κάρτας. Loss or Theft of Credit Card.	97	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και ότι αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου εγγράφου μεταξύ μου και της Ασφαλιστικής Εταιρείας **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Υπογραφή Προτείνοντα:.....
Signature of Proposer:

DECLARATION

I hereby declare that whatever is stated in this Proposal is absolutely true and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact. I also agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me and shall form the basis of this Policy between myself and **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

Ημερομηνία:
Date:

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Επισύρεται ιδιαίτερα η προσοχή του Ασφαλισμένου:-
NOTICE: The Insured's attention is particularly drawn to the following:-**

- Ότι σε περίπτωση μεταβίβασης ή συμφωνίας για μεταβίβαση του οχήματος, το ασφαλιστήριό σας παύει να ισχύει.
That in case of transfer or agreement to transfer the vehicle, the Insurance cover is terminated.
- Ότι απαγορεύεται η μεταφορά παρανόμων επιβατών και ότι αν μεταφέρονται τέτοιοι επιβάτες, θα είσαστε προσωπικά υπεύθυνος για τυχόν τραυματισμό τους.
That the carrying of unlawful passengers is prohibited and that if such passengers are being carried, you shall be personally responsible for their injuries.
- Ότι αν το όχημα οδηγείται από μη εξουσιοδοτημένο οδηγό ή από οδηγό υπό την επίρεια οινοπνεύματος ή ναρκωτικών, θα είσαστε προσωπικά υπεύθυνος για οποιαδήποτε απαίτηση που θα εγερθεί.
That if the vehicle is driven by an unauthorised driver or by a driver under the influence of drink or drugs, you shall be personally responsible for any claim that might arise as a result of such driving.

Μόνο για Εσωτερική Χρήση/For Internal Use Only

CONSENT

Law providing for the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data of 2018 Law (125(I)/2018) as amended from time to time and the Regulation (EE) 2016/679 of the European Parliament and of the Commission dated 27th of April 2016, for the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and for the Free Movement of such Data.

Explicit consent and declaration of recognition and/or information by persons in connection with the collection and processing of Personal Data, based on the Law and the European Directive.

I, the undersigned, hereby declare that I have fully understood the following in regard to the provisions of the aforementioned Law as these have been explained to me:

ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD at 15 Esperidon, 2001 Strovolos, Nicosia, hereinafter referred to as ATLANTIC, in its capacity as the Data Processor for the purposes of the Law, shall have to collect, process, store, keep and dispose Personal Data for the purposes of concluding the insurance contract, assessing claims, collecting the premium, conducting research and any statistical study and maintaining the high level of service provided to me.

As I have been explicitly informed by ATLANTIC, the data which I give in this proposal as well as those I have already given in an earlier proposal are recorded in electronic and handwritten form in one or more personal data files maintained by ATLANTIC or by another affiliated/collaborating company or persons.

Recipients are processors of my Personal and Sensitive Personal Data, shall be the competent members of staff of ATLANTIC as well as those of the affiliated/collaborating companies or persons. The Data processing is classified and shall only be conducted under the control of ATLANTIC.

The phrase affiliated/collaborating companies and/or persons has been explained to me and I accept that the following are meant to be included: Accident and Road Assistance Companies, Storage and Management of Archive Companies, Credit rating or Debt collection agencies, ATLANTIC's external legal advisors, external auditors, associate doctors and consultants and/or service providers.

ATLANTIC will disclose for my knowledge the affiliated/collaborating companies as well as its consultants on the company's website at www.atlantic.com.cy.

In addition, I am aware that ATLANTIC collects Sensitive Personal Data for the conclusion of the contract and these are health data in the case of medical insurance policy, motor vehicles insurance and/or personal accident insurance.

I know that I have the right to revoke the present and explicit authorization at any stage provided that our contractual relationship has been terminated and there are no legal or other pending issues that prevent ATLANTIC from doing so. After termination of our contractual relationship ATLANTIC reserves the right to hold and/or process Personal and/or Sensitive Personal Data for a period of one (1) year for statistical purposes. Upon completion of one (1) year all Personal Data and/or Sensitive Personal Data held by the Company will be anonymized.

I am also informed that after the termination of our contractual relationship, I have the right to rectify my Personal and Sensitive Personal Data, and even request the complete erasure of all data held by ATLANTIC whenever I wish to do so.

It has been further explained to me, both verbally and with the present declaration, that I have the right to request restriction on processing of my Personal and Sensitive Personal Data insofar as ATLANTIC is not prevented from performing its contractual obligations.

Finally, it has also been explained to me, both verbally and with the present declaration, that I have the right to the portability of all my Personal and Sensitive Personal data in whatsoever form I request, as well as the right to object to the receipt of information from ATLANTIC.

All of the above rights are exercised by me personally upon the submission of a written request towards ATLANTIC.

I have also been informed that ATLANTIC has appointed a Data Protection Officer whose contact details will be uploaded on the company's website at www.atlantic.com.cy, and for the purposes of this Privacy Policy the contact telephone number is: 22886000 and the email dpo@atlantic.com.cy.

I hereby consent to the receipt of written updates /notifications

(e.g. SMS, emails), for issues that are exclusively related to this contract

(Signature)

I hereby consent to the receipt of updates, notifications and advertising material

(Signature)

I hereby consent to the receipt and processing of my personal data

(Signature)

I hereby consent to the receipt of my sensitive personal data

(signature)

Name and Surname:

(Signature)

Witness:

Identity Card No.:

Contact Telephone Number:

Date:



Tel.: 22886000
Fax: 22316857

Date:.....

AUTHORIZATION

Ihereby explicitly authorize, **Atlantic Insurance Co. Public Ltd.**, to address on my behalf the Insurance Company..... with which my motor vehicle with registration number is insured and request that a certification to be issued and addressed to them, based on the provision of article 20A of the Motor Vehicles (Third Party Liability Insurance) Law 96 (1) / 2000 as amended, concerning the existence or absence of any claims concerning the aforementioned vehicle during the past five years.

AUTHORIZER

.....

.....
IDENTITY CARD NO./PASSPORT NO.

Insured's name :

Policy number :

Vehicle registration number :

Period of insurance :

Type of cover :

No claim bonus discount :%

Claims Record of the past five years

Date of accident	Claims Paid		Claims Outstanding	
	Own Damages	Third Party Damages	Own Damages	Third Party Damages

Reasons of Declines, Cancelations, Special terms etc.:

.....

Date:..... Name:.....Signature:.....