

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
 PUBLIC LIABILITY CLAIM FORM**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / POLICY NO:

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Παρακαλούμε χρησιμοποιείτε κεφαλαία γράμματα κάνοντας ξεκάθαρες δηλώσεις και μην αφήνετε κενά. Η παραλαβή του έντυπου απαίτησης από την Εταιρεία δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης δυνάμει του Ασφαλιστηρίου.
 All questions must be answered fully. Please use capital letters making clear statements and do not leave blanks. Receipt of the claim form by the Company does not constitute acceptance of liability under the policy.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS

Πλήρες Όνομα/ Επωνυμία Εταιρείας
 Full Name/ Company Name

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου / Αρ. Εγγραφής
 ID Card No. / Passport No. / Registration No.

Αρ. Εγγραφής ΦΠΑ
 VAT Registration No.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας
 Correspondence Address

Επαρχία
 District

Ταχ. Κώδικας
 Postal Code

Άτομο Επικοινωνίας και Τηλέφωνο
 Contact Person and Telephone

Ηλ. Ταχυδρομείο
 E-mail

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / DETAILS OF THE ACCIDENT

Ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος / / 20..... , :

Τοποθεσία ατυχήματος
 Place of the accident

Περιγράψτε λεπτομερώς το συμβάν και δηλώστε τι πιστεύετε ότι προκάλεσε το ατύχημα / Describe in detail the incident and state your opinion on what caused the accident.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Μονογραφή/Initials:

Υπήρχαν οποιαδήποτε σήματα ή προειδοποιητικές πινακίδες που να εφιστούσαν την προσοχή στον κίνδυνο; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες και επισυνάψτε φωτογραφίες / Were there any signals or warning signs drawing attention to the danger? If yes, give details and attach photos.

Ναι / Yes Όχι / No

Σε ποιον αναφέρθηκε πρώτα το περιστατικό και από ποιον; / To whom was the incident first reported and by whom?

Υπήρχαν αυτόπτες μάρτυρες; Εάν ναι και εφόσον έχετε την συγκατάθεσή τους, παρακαλώ δηλώστε ονόματα και τηλέφωνα / Were there any eyewitnesses? If yes and provided you have their consent, please state their names and telephone numbers.

Ναι / Yes Όχι / No

Έχει ξανα συμβεί στο παρελθόν οποιοδήποτε ατύχημα από την ίδια αιτία; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Has any accident due to the same cause occurred before? If yes, give details.

Ναι / Yes Όχι / No

Υπάρχουν άλλες ασφαλίσεις που καλύπτουν το ίδιο περιστατικό; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Are there other insurances that cover the same incident? If yes, give details.

Ναι / Yes Όχι / No

Υπό τις συνθήκες που έγινε το ατύχημα, θεωρείτε ότι έχετε οποιαδήποτε ευθύνη; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Considering the circumstances of the accident, do you consider that you are liable in any way? If yes, give details.

Ναι / Yes Όχι / No

Έχει υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας σχετικά με το περιστατικό; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Has any claim been made against you in connection with the incident? If yes, give details.

Ναι / Yes Όχι / No

Έχει καταγγελθεί το περιστατικό στις Αρμόδιες Αρχές; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Was the incident reported to the Competent Authorities? If yes, give details.

Ναι / Yes Όχι / No

3. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΡΙΤΟΥ / DAMAGE TO THIRD PARTY PROPERTY

Όνομα ιδιοκτήτη της περιουσίας που υπέστη ζημιά
Name of the owner of the damaged property

Διεύθυνση Αλληλογραφίας
Correspondence Address

Επαρχία
District

Ταχ. Κώδικας
Postal Code

Τηλέφωνο Επικοινωνίας
Contact Telephone

Ηλ. Ταχυδρομείο
E-mail

Υπό ποια ιδιότητα ο τρίτος βρισκόταν στην περιουσία σας ή/και το χώρο εργασίας σας; / In which capacity was the third party in your premises and/or your workplace?

Μονογραφή/Initials:

Περιγραφή περιουσίας που υπέστη ζημιά / Description of the damaged property.

.....

Πόσο εκτιμάτε το κόστος των ζημιών; / How much do you estimate the cost of the damages?

.....

4. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΟΥ / INJURIES TO THIRD PARTY

Πλήρες Όνομα
Full Name

Επάγγελμα
Occupation

Ημερ. Γέννησης
Date of Birth

..... /..... /.....

Διεύθυνση Αλληλογραφίας
Correspondence Address

Επαρχία
District

Ταχ. Κώδικας
Postal Code

Τηλέφωνο Επικοινωνίας
Contact Telephone

Ηλ. Ταχυδρομείο
E-mail

Υπό ποια ιδιότητα ο τραυματισμένος βρισκόταν στην περιουσία σας ή/και το χώρο εργασίας σας; / In which capacity was the insured person in your premises and/or your workplace?

.....

Δώστε λεπτομέρειες των τραυμάτων / Give details of the injuries.

.....

Ο τραυματίας έχει λάβει ιατρική περίθαλψη; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες και δηλώστε το νοσοκομείο/κλινική και τον ιατρό που τον περιέθαλψε / Has the injured person received medical treatment? If yes, give details and state the name of the hospital/clinic and the treating doctor.

Ναι / Yes Όχι / No

.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω/ουμε ότι όλα όσα έχω/ουμε δηλώσει στο έντυπο απαίτησης αυτό είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραθέσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Με βάση αυτό, αναθέτω/ουμε στην **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd**, σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου, το χειρισμό όλων των Απαιτήσεων και υπεράσπιση στο Δικαστήριο σχετικά με το ατύχημα, νοουμένου ότι το Ασφαλιστήριο εφαρμόζεται. Περαιτέρω εξουσιοδοτώ/ούμε την **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** να διευθετεί οποιαδήποτε Απαίτηση την οποία μπορεί να θεωρήσει λογική χωρίς άλλη αναφορά σε εμένα/εμάς και αναλαμβάνω/ουμε να παρέχουμε οποιαδήποτε πληροφορία και βοήθεια όποτε μου/μας ζητηθεί.

DECLARATION

I/we hereby declare that whatever is stated in this claim form is absolutely true and that I/we have not concealed, distorted or misrepresented any fact. Based on this, I/we assign to **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd**, according to the terms of the Policy, the handling of all claims and defense in Court deriving from the said accident, provided that the Policy is applicable. I /we further authorize **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** to settle any claim which is considered reasonable without any further reference to myself/ourselves and I/we undertake to provide any information and assistance required.

Υπογραφή Ασφαλισμένου:
Signature of Insured:

.....

Ημερομηνία:
Date:

.....

5. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ / PERSONAL DATA PROTECTION

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία στοιχεία τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη και για αξιολόγηση από επαγγελματίες που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ο «ΓΚΠΔ») και τις συναφείς νομοθεσίες. Θα γίνει χρήση μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνομαι το δικαίωμα της Εταιρείας να παρέχει τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος. Στο βαθμό που η ATLANTIC ενεργεί ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της ATLANTIC.

Επίσης εξουσιοδοτώ την ATLANTIC να ζητήσει οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση από την Αστυνομία, την Πυροσβεστική Υπηρεσία, την Ηλεκτρομηχανολογική Υπηρεσία και τις Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Τέλος, δηλώνω και διαβεβαιώνω πως τυχόν προσωπικά δεδομένα άλλων ατόμων που δίνω για τους σκοπούς της παρούσας απαίτησης δίνονται με την προηγούμενη συγκατάθεση αυτών των ατόμων και αναλαμβάνω να τους ενημερώσω σχετικά, παρέχοντας τους όλες τις πιο πάνω πληροφορίες.

Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει.

*** Η Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα μας www.atlantic.com.cy. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.**

At the claim of compensation stage, I undertake to provide to the Company with data that may be used as necessary proof and for evaluation by Professionals working with the Company, subject to the provisions of the General Data Protection Regulation EU 2016/679 (the «GDPR»), as amended. Data shall only be used if completely relevant and necessary for the purpose of evaluating a claim in the event that the Company considers that this is absolutely necessary in order to decide whether or not to pay compensation under the terms of my insurance policy and/or determine the amount of the indemnity.

Therefore, I acknowledge the Company's right to share my personal data with third parties to the extent required for the performance of a contract, due to legal obligations and legitimate interest. To the extent that ATLANTIC acts as the Controller, the processing of the data is confidential and will only take place under the control of ATLANTIC.

I further authorize ATLANTIC to request any information regarding this claim from the Police, the Fire Service, the Electromechanical Services and the Insurance Companies.

Finally, I declare and assure that any personal data of other persons that I give for the purposes of this claim are given with the prior consent of these persons and I undertake to inform them accordingly, providing them with all the above information.

This form has been completed by me and/or under my instructions and I have checked it.

*** The Personal Data Privacy Statement can be found on our webpage www.atlantic.com.cy. You may also contact us for a hard copy to be sent out.**

Συγκατατίθεμαι στη λήψη και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων / I hereby consent to the collection and processing of my personal data.

Όνοματεπώνυμο / Name and Surname:

Αρ. Ταυτότητας / ID Number:

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία / Date: / / 20.....