

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**
- Περιεκτική Executive  
Comprehensive Executive
- Περιεκτική  
Comprehensive
- Ευθύνης έναντι Τρίτου, Πυρός και Κλοπής  
Third Party, Fire and Theft
- Ευθύνης έναντι Τρίτου Plus  
Third Party Plus
- Ευθύνης έναντι Τρίτου  
Third Party
2. **ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/PERIOD OF INSURANCE**
- ΕΝΑΡΞΗ/COMMENCING ON
- Ώρα: ..... Ημερ.: .....  
Hour: ..... Date: .....
- ΛΗΞΗ/EXPIRING ON
- Μεσάνυκτα της:  
Midnight of: .....
3. (α) Απαλλαγή/Excess: ..... (β) Αυξημένη απαλλαγή (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: .....

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

Διεύθυνση εργασίας/Work address: .....

Τηλ. εργασίας/Work Tel.: .....

Διεύθυνση κατοικίας/Home address: .....

Τηλ. κατοικίας/Home Tel.: .....

Same as Work Same as Home  
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/Country of Permanent Residence: .....

Κανονική / Regular

Ημερομηνία απόκτησης Άδειας οδηγού/Date of issue of Driving Licence

Μαθητευόμενη / Learner

(Δηλώστε αν είναι μαθητευόμενος/State whether learner): .....

Επαγγελματική / Professional

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 the other persons likely to drive the vehicle been driving regularly in Cyprus for the last 3 years and hold the appropriate driving license for the 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 . Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες για τις χώρες προορισμού, τη συχνότητα και τη διάρκεια αυτών των ταξιδιών.  
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, σκλήρυνση κατά πλάκας, 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, multiple sclerosis, 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. Δηλώστε κατά πόσο είτε σε σχέση με το προτεινόμενο για ασφάλιση όχημα είτε σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο όχημα το οποίο ανήκε σε εσάς ή/και το οποίο κατείχατε ή/και οδηγούσατε ή/και χρησιμοποιούσατε, υποβλήθηκε είτε από εσάς είτε από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο το οποίο κατείχε ή χρησιμοποιούσε ή/και οδηγούσε τέτοιο όχημα, οποιαδήποτε απαίτηση είτε για κάλυψη ίδιας ζημιάς ή ζημιάς σε τέτοιο όχημα είτε για κάλυψη τρίτου προσώπου το οποίο υπέστη ζημιά από την χρήση τέτοιου οχήματος. ΝΑΙ  ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες (για κάθε ατύχημα: αριθμ. εγγραφής οχήματος, ημερομηνία, ποσό απαίτησης, ανοιχτή ή κλειστή υπόθεση).  
State whether, either in relation to the vehicle proposed for insurance or in relation to any other vehicle which belonged to you and/or which you possessed and/or drove and/or used, any claim has been made either by you or by any other person who possessed or used and/or drove such vehicle, either for cover of your own damage or damage to such vehicle or for cover of a third party who suffered damage from the use of such vehicle. YES  NO . If yes, give details (for each accident: reg.no., incident date, claim amount, claim open or closed).

12. Δηλώστε κατά πόσο είτε εσείς είτε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας σας υπήρξε στο παρελθόν θύμα πρόκλησης κακόβουλης ενέργειας ή ζημιάς είτε θύμα απόπειρας πρόκλησης κακόβουλης ενέργειας ή ζημιάς είτε στο προτεινόμενο για ασφάλιση όχημα είτε σε οποιοδήποτε άλλο περιουσιακό στοιχείο περιλαμβανομένων μηχανοκινήτων ή άλλων οχημάτων ή ακίνητης ιδιοκτησίας. ΝΑΙ  ΟΧΙ . Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.  
State whether either you or any member of your household has in the past been the victim of malicious act or damage or the victim of an attempt to cause malicious act or damage either to the vehicle proposed for insurance or to any other asset including motor vehicles or other vehicles or immovable property. YES  NO . If yes, give details.

Μονογραφή/Initials:

.....

**13. 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. Μηνανής (CC) ή Ιπποδύναμη (HP) ή Κιλοβάτ (KW) Cubic Capacity (CC) or Horse Power (HP) or Kilowatt (KW)	Έτος Κατασκευής Year of Manufacture
			Electric YES NO	

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 το όχημα είναι αριστεροτίμονο ή με ανοιγόμενη οροφή (δηλώστε κατά πόσο είναι σκληρή ή μαλακή οροφή) State whether the vehicle is Left-Hand Drive or convertible (state whether hard or soft top)
				Left-Hand Drive YES NO Top type Convertible YES NO

14. Είναι το όχημα σπορτ 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.

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

16. 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 .

17. 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.

18. 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)

19. Αναφέρετε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που θα βοηθούσε στην εκτίμηση του κινδύνου. / State any other information relevant to the assessment of the risk.

20. 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.

**21. 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.

Will the Insured (Policyholder) be driving the vehicle? YES NO 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. Ταυ./ Διαβατηρίου Issuing Country and Number of ID/ Passport
				Learner:	

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

Μονογραφή/Initials:

22. 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. Ο Αριθμός Εγγραφής απαιτείται από το Νόμο (Αρ. Εγγρ.: ..... CT) Cover for drawing a Trailer. Provision of the Registration Number is required by Law (Reg. No.: ..... CT)	5A	CT
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 τραυματισμούς 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 που έχει καταναλώσει ποσότητα αλκοόλης πάνω από το όριο της σχετικής νομοθεσίας ή έχει ανιχνευθεί οποιαδήποτε ποσότητα ναρκωτικών στον οργανισμό του, θα είσαστε προσωπικά υπεύθυνος για οποιαδήποτε απαίτηση που θα εγερθεί.  
That if the vehicle is driven by an unauthorized driver or by a driver who has consumed an amount of alcohol above the limit of the relevant legislation or has any amount of drugs detected in his system, you will be personally liable for any claim that may arise.

**Μόνο για Εσωτερική Χρήση/For Internal Use Only**

# CONSENT

## Explicit consent and declaration of recognition and/or information provision by persons in connection with the collection and processing of Personal Data, based on the legal framework for personal data protection.

I, the undersigned, hereby declare that I am fully aware of my rights and responsibilities and that I consent to the processing of my personal data, as these are described here below and also in the online "Data Protection Statement" ("Privacy Policy) at the website <https://www.atlantic.com.cy>

**ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD** at 15 Esperidon, 2001 Strovolos, Nicosia, hereinafter referred to as **ATLANTIC**, is acting in its capacity as the Data Processor for the purposes of the Law in relation to the protection of personal data and especially Regulation (EE) 2016/679 (General Data Protection Regulation, hereinafter "**GDPR**"), and the Law providing for the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data (Law 125(I)/2018).

I understand that **ATLANTIC** shall 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, and more generally for the exercise of its pre-contractual and contractual rights and obligations, as well as for compliance with its legal obligations. I also understand that the collection of the personal data requested when completing this proposal and/or concluding the relevant insurance contract is necessary for **ATLANTIC** to be able to evaluate the proposal in question and/or for contract conclusion and compliance purposes relating to its legal obligations.

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 (assuming these have not been deleted/destroyed according to their applicable retention period) are recorded in electronic and handwritten form in one or more personal data files maintained by **ATLANTIC** or by another affiliated / collaborating company or person or authority.

The recipients and processors of my personal and sensitive personal data shall be the employees and/or insurance intermediaries and/or partners of **ATLANTIC** as well as the contracted/collaborating companies or persons (such as accident care and roadside assistance companies, the record keeping and archive company, the credit rating or debt collection company, **ATLANTIC's** external legal advisors, external auditors, medical partners and consultants and/or service providers), as well as competent public authorities and/or supervisory bodies and/or courts. To the extent that **ATLANTIC** acts as a Data Controller, data processing is confidential and will only be carried out under the control of **ATLANTIC**.

In addition, I am aware that **ATLANTIC** collects sensitive personal data where and to the extent that this is necessary for the conclusion and performance of the contract based on my consent or for the purposes of establishing, exercising or supporting legal claims and these are health data in the case of medical insurance / motor vehicles / personal accidents policies.

I understand that **ATLANTIC** stores and maintains my personal data (including my sensitive personal data) only for as long as is necessary to fulfil the purpose of its processing, taking into account factors such as the extent, nature and degree of sensitivity of the data, the specific purposes of the processing, whether these purposes can be achieved by other means, as well as **ATLANTIC's** applicable legal and regulatory obligations. After the termination of the contractual relationship between us, **ATLANTIC** reserves the right to hold and/or process my personal and sensitive data for the period deemed necessary in accordance with its legal obligations. After the end of this period all data of the subject will be anonymized.

I declare that I consent to receive written updates on matters concerning this contract and I further state that I am aware that my consent is necessary for the purpose of completing this proposal.

I have also been informed that after the termination of the contractual relationship between us, I have the right to rectify my Personal and Sensitive Personal data, and even to request the complete erasure of all data held by **ATLANTIC**, whenever I wish.

I also understand that I have the right to the portability of all my Personal and Sensitive Personal Data in any form I request as well as the right to object receiving information from **ATLANTIC**.

Finally, it has also been explained to me that all the above rights are exercised by me personally by submitting a written request to **ATLANTIC** (for the attention of its Data Protection Officer), that some of the above rights are not absolute and that **ATLANTIC** has the right to request more information to consider such a request and/or not to satisfy such a request in whole or in part and/or with certain conditions, in accordance with the GDPR.

I have also been informed that **ATLANTIC** has appointed a Data Protection Officer, whose details will be posted on the company's website at [www.atlantic.com.cy](http://www.atlantic.com.cy), and for the purposes of this, the contact number of the Data Protection Officer is **22886000** and the email **dpo@atlantic.com.cy**.

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

<b>Full Name and ID number:</b> ..... ..... .....	<b>Signature/s:</b> ..... ..... .....
--	--

Please read below and sign if in agreement.

<b>I hereby consent to receive updates, notifications and advertisements about ATLANTIC insurance products via SMS, email and post to the details indicated on the proposal.</b>	<b>Signature:</b> .....
--	----------------------------

Date: .....



Τηλ./Tel.: 22886133, 22886135, 22886186  
Email: ncb@atlantic.com.cy  
Φαξ/Fax: 22316857

### Εξουσιοδότηση για Βεβαίωση Ιστορικού Απαιτήσεων

Προς: .....  
Όνομα του εκδότη της Βεβαίωσης Ιστορικού Απαιτήσεων

Αγαπητοί κύριοι,

Όνομα του Κατόχου του Ασφαλιστηρίου: .....

Αρ. ΔΤ/Διαβατηρίου/Αριθμός Εγγραφής νομικού προσώπου: .....

Ημερομηνία Γέννησης (για φυσικά πρόσωπα): .....

Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος, με τα πιο πάνω στοιχεία, σας εξουσιοδοτώ όπως εκδώσετε τη Βεβαίωση Ιστορικού Απαιτήσεων μου στον Κλάδο Οχημάτων κατά τα προηγούμενα 5 έτη, σύμφωνα με το άρθρο 20Α του Νόμου 96(Ι)/2000, ως έχει μέχρι σήμερα τροποποιηθεί και τους σχετικούς Κανονισμούς του, το άρθρο 16 της Οδηγίας 2009/103/ΕΚ και τον Εκτελεστικό Κανονισμό (ΕΕ) 2024/1855 της Επιτροπής και να την κοινοποιήσετε αυτή στην **Atlantic Insurance**.

Με εκτίμηση,

.....  
Υπογραφή Κατόχου του Ασφαλιστηρίου

Ημερομηνία .....

---

### Authorisation Form For Claims History Statement

To: .....  
Name of the issuer of the Claims History Statement

Dear Sirs,

Policyholder's Name: .....

Identification Number (ID/Passport/Legal Entity Reg. No.): .....

Date of Birth (for natural persons): .....

I, the undersigned, with the above particulars, hereby authorize you to issue my motor insurance claims history statement, during the preceding 5 years, in accordance with Article 20A of Law 96(I)/2000, as amended to date and its relevant Regulations, the Article 16 of Directive 2009/103/EC and Commission Implementing Regulation (EU) 2024/1855 and share this with **Atlantic Insurance**.

Yours faithfully,

.....  
Signature of Policyholder

Date .....