

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.:

Ίδια με της Εργασίας Ίδια με του Σπιτιού
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:

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

Κανονική / Regular
Μαθητεύομενη / 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. Μηχανής (CC) ή Ιπποδύναμη (HP) ή Κιλοβάτ (KW) Cubic Capacity (CC) or Horse Power (HP) or Kilowatt (KW)	Έτος Κατασκευής Year of Manufacture
			Ηλεκτρικό 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)
				Αριστεροτίμονο YES NO Τύπος Οροφής Ανοιχτή οροφή 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 αδασολόγητο; 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.

Θα οδηγήει ο Ασφαλισμένος (κάτοχος του Ασφαλιστηρίου) το όχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ 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

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ρητή συγκατάθεση και Δήλωση αναγνώρισης και/ ή ενημέρωσης από πρόσωπα σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, βάσει του νομικού πλαισίου προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Εγώ ο/η υπογράφων/ουσα το παρόν έντυπο, δηλώνω ότι έχω αντιληφθεί πλήρως τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μου και συμφωνώ με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, ως αυτά περιγράφονται πιο κάτω και στη «Δήλωση Προστασίας Δεδομένων» (“Privacy Policy”) που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα <https://www.atlantic.com.cy/>

Η **ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD** εκ Εσπερίδων 15, 2001 Στρόβολος, Λευκωσία, που στο εξής θα αναφέρεται ως **ATLANTIC**, ενεργεί υπό την ιδιότητα της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας για τους σκοπούς του νομικού πλαισίου προστασίας προσωπικών δεδομένων και ιδιαίτερα του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων, εφεξής «**ΓΚΠΔ**») και του Περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος (125(I)/2018).

Αντιλαμβάνομαι ότι η **ATLANTIC** θα συλλέγει, αποθηκεύει, φυλάει, χρησιμοποιεί και διαθέτει Προσωπικά Δεδομένα κυρίως για σκοπούς σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, αξιολόγησης της απαίτησης, είσπραξης του ασφαλιστήριου, έρευνας και στατιστικής μελέτης και για την διατήρηση ψηλού επιπέδου εξυπηρέτησης μου, και γενικότερα για την ενόσκηση των προ-συμβατικών και συμβατικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων της, καθώς και για συμμόρφωση με τις νόμιμες υποχρεώσεις της. Επίσης αντιλαμβάνομαι πως η συλλογή των προσωπικών δεδομένων που ζητούνται κατά τη συμπλήρωση της παρούσας πρότασης και/ή σύναψης της σχετικής ασφαλιστικής σύμβασης είναι απαραίτητη ώστε η **ATLANTIC** να είναι σε θέση να αξιολογήσει την υπ’ αναφορά πρόταση και/ή για σκοπούς σύναψης της σύμβασης και συμμόρφωσης με τις νόμιμες υποχρεώσεις της.

Όπως έχω ρητά ενημερωθεί από την **ATLANTIC** τα δεδομένα τα οποία δίδω με την παρούσα πρόταση καθώς επίσης και αυτά που ήδη έχω δώσει με παλαιότερη πρόταση (νοουμένου ότι αυτά δεν έχουν διαγραφεί/καταστραφεί ανάλογα με την εφαρμοστέα περίοδο διατήρησής τους) καταχωρούνται σε ηλεκτρονική και χειρόγραφη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία τηρούνται από την **ATLANTIC** ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο ή αρχή.

Αποδέχτες και διαχειριστές των προσωπικών και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου θα είναι οι υπάλληλοι και/ή ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές και/ή συνεργάτες της **ATLANTIC** καθώς και οι συμβεβλημένες/ συνεργαζόμενες εταιρείες ή πρόσωπα (όπως εταιρείες φροντίδας ατυχημάτων και οδικής βοήθειας, η εταιρεία φύλαξης και αποθήκευσης αρχείων, η εταιρεία αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας ή είσπραξης χρεών, οι εξωτερικοί νομικοί σύμβουλοι της **ATLANTIC**, οι εξωτερικοί ελεγκτές, οι συνεργάτες γιατροί και οι σύμβουλοι και/ ή πάροχοι υπηρεσιών), καθώς και αρμόδιες δημόσιες αρχές και/ή εποπτικά σώματα και/ή δικαστήρια. Στο βαθμό που η **ATLANTIC** ενεργεί ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της **ATLANTIC**.

Επιπλέον γνωρίζω ότι η **ATLANTIC** συλλέγει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα όπου και στο βαθμό που αυτό είναι απαραίτητο για τη σύναψη και εκτέλεση της σύμβασης στη βάση της συγκατάθεσης μου ή για σκοπούς θεμελίωσης, άσκησης ή υποστήριξης νομικών αξιώσεων και αυτά είναι δεδομένα υγείας σε περίπτωση ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, μηχανοκινήτων οχημάτων και προσωπικών ατυχημάτων.

Γνωρίζω ότι η **ATLANTIC** αποθηκεύει και διατηρεί τα προσωπικά μου δεδομένα (συμπεριλαμβανομένων των ευαίσθητων προσωπικών μου δεδομένων) μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας τους, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως την έκταση, τη φύση και το βαθμό ευαισθησίας των δεδομένων, τους συγκεκριμένους σκοπούς της επεξεργασίας, το κατά πόσο αυτοί οι σκοποί μπορούν να επιτευχθούν με άλλα μέσα, καθώς και τις ισχύουσες νομικές και κανονιστικές υποχρεώσεις της **ATLANTIC**. Η **ATLANTIC** μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης διατηρεί το δικαίωμα να κατέχει και/ ή να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ευαίσθητά μου δεδομένα για την περίοδο που κρίνονται αναγκαία σύμφωνα με τις νομικές της υποχρεώσεις. Μετά το πέρας της περιόδου αυτής όλα τα δεδομένα του υποκειμένου θα ανωνυμοποιούνται.

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη λήψη γραπτών ενημερώσεων για ζητήματα που αφορούν την παρούσα σύμβαση και περαιτέρω δηλώνω ότι γνωρίζω η συγκατάθεση μου είναι απαραίτητη με σκοπό την ολοκλήρωση της παρούσας πρότασης.

Επίσης έχω πληροφορηθεί, ότι μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης, δικαιούμαι να προβώ σε διόρθωση των Προσωπικών και Ευαίσθητων Προσωπικών μου δεδομένων, ακόμα και να ζητήσω την πλήρη διαγραφή όλων των δεδομένων που κατέχει η **ATLANTIC**, οποτεδήποτε το επιθυμώ.

Επίσης γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα στη φορητότητα όλων των Προσωπικών και Ευαίσθητων Προσωπικών μου Δεδομένων σε όποια μορφή τα ζητήσω καθώς επίσης και το δικαίωμα στην εναντίωση λήψης πληροφοριών από την **ATLANTIC**.

Τέλος μου έχει επίσης εξηγηθεί πως όλα τα πιο πάνω δικαιώματα ασκούνται από εμένα προσωπικά με την υποβολή γραπτής απαίτησης προς την **ATLANTIC** (υπόψη του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων της), πως ορισμένα από τα πιο πάνω δικαιώματα δεν είναι απόλυτα και πως η **ATLANTIC** έχει το δικαίωμα να ζητήσει περισσότερες πληροφορίες για την εξέταση μιας τέτοιας απαίτησης και/ή να μην ικανοποιήσει μια τέτοια απαίτηση εν όλω ή εν μέρει και/ή με ορισμένες προϋποθέσεις, σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ.

Έχω επίσης ενημερωθεί ότι η **ATLANTIC** έχει διορίσει Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, τα στοιχεία του οποίου θα βρίσκονται αναρτημένα στην ιστοσελίδα της εταιρείας στη διεύθυνση www.atlantic.com.cy, για σκοπούς δε της παρούσας το τηλέφωνο επικοινωνίας του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι το **22886000** και το email dpo@atlantic.com.cy.

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

Όνοματεπώνυμο και αρ. ταυτότητας:	Υπογραφή/ες:
---	--

Παρακαλώ διαβάστε το κατωτέρω και υπογράψτε εάν συμφωνείτε.

Συγκατατίθεμαι στη λήψη ενημερώσεων, ειδοποιήσεων και διαφημίσεων σχετικά με ασφαλιστικά προϊόντα της ATLANTIC μέσω SMS, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και ταχυδρομείου στα στοιχεία που αναγράφονται επί της πρότασης.	Υπογραφή:
--	---------------------------

Ημερομηνία:



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