



**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΡΙΤΩΝ**  
**CLAIM FORM - PUBLIC LIABILITY AND GENERAL THIRD PARTY**

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / POLICY NO. ....

ΟΝΟΜΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ / AGENT'S NAME .....

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Παρακαλούμε διαβάστε τις πιο κάτω οδηγίες με προσοχή  
**IMPORTANT NOTE:** Please read the following Instructions carefully

1. Συστήνεται όπως διαβάσετε με προσοχή τους Όρους του Ασφαλιστηρίου σας που αφορούν την Διαδικασία Απαιτήσεων. / It is recommended to carefully read the conditions of your Policy relating to the Claims Procedure.
2. Συμπληρώστε το Έντυπο αυτό με κάθε λεπτομέρεια και προσοχή. / Complete this Form carefully and in detail.
3. Απαιτούνται σωστές απαντήσεις για την γρήγορη διεκπαιρέωση οποιασδήποτε απαίτησης υποβληθεί εναντίον σας. / Correct answers are requested for the quick handling of any claim submitted against you.
4. Λανθασμένες απαντήσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν το δικαίωμα σας να έχετε έγκυρη απαίτηση. / Any wrongful answers may affect the validity of your claim.
5. Η συμπλήρωση ή παραλαβή του Εντύπου αυτού από την Εταιρεία δεν συνεπάγεται ανάληψη Ευθύνης από την Εταιρεία. / The completion of this form or its receipt by the Company does not constitute acceptance of liability by the Company.
6. Αν υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με την Εταιρεία προτού δώσετε οποιαδήποτε απάντηση. / If any claim is made against you, you must contact the Company before giving any form of commitment.

**A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS**

Πλήρες Όνομα / Full Name: .....

Αρ. Ταυτότητας / I.D. No.: .....

Διεύθυνση: .....

Ταχ.Κώδικας / Postal Code: ..... Πόλη / Town: ..... Τηλ. / Tel.: .....

Ηλ. Δ/ση: .....

**Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος είναι Εταιρεία / In the instance where the Insured is a Company:**

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / Company Reg. No.: .....

Διεύθυνση Εργασίας / Business Address .....

Ταχ.Κώδικας / Postal Code: ..... Πόλη / Town: ..... Τηλ. / Tel.: .....

**B. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/PARTICULARS OF ACCIDENT**

1. Ημερομηνία/Date ..... Ώρα/Time ..... Τόπος/Place .....

Πλήρεις λεπτομέρειες και Περιγραφή του Ατυχήματος /Full Details and Description of Accident:

2. Υπήρχαν οποιαδήποτε σήματα/πινακίδες που να εφιστούν την προσοχή στον κίνδυνο; / Were there any signs bringing attention to the danger?

3. Ποιος πιστεύετε είναι υπεύθυνος για το ατύχημα και γιατί; / Who do you think is responsible for the accident and why?

Όνομα/Name ..... Εργοδότης/Employer .....

Διεύθυνση/Address ..... Τηλ./Tel.....

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

5. Ποια η χρήση των υποστατικών κατά το χρόνο του ατυχήματος; / Define the use of the premises during the time of the accident.

6. Έγιναν οποιοσδήποτε τροποποιήσεις ή αλλαγές στην Ασφασμένη Περιουσία μετά την ασφάλιση της; Δώστε λεπτομέρειες. / Have any alterations or changes been made to the Insured Property after the commencement of the Insurance cover? Give details.

7. Δώστε ονόματα / διεύθυνση / τηλέφωνα μαρτύρων και δηλώστε κατά πόσο είναι εργοδοτούμενοι σας. / Give names / telephone nos. / addresses of any witnesses and state whether they are in your employment.

8. Ποιος ανέφερε το περιστατικό, σε ποιον και πότε; / Who reported the incident, to whom and when?

**Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΙΤΩΝ ΕΝΕΧΟΜΕΝΩΝ**

1. Δώστε όνομα και διεύθυνση του Τρίτου και αν γνωρίζετε το επάγγελμα του. / Give names and address of Third Party and if possible, his occupation.

2. Περιγραφή/φύση και έκταση τραυμάτων ή ζημιάς (κόστος κατά προσέγγιση) που υπέστηκε/αν ο/οι Τρίτος/οι; / Describe the extent and nature of injury or damage (and approximate cost) sustained by the Third Parties.

**Δ. ΑΛΛΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ**

1. Καταγγέλθηκε το γεγονός στις Αρμόδιες Αρχές; Αν ναι, δώστε το όνομα του Ερευνητή Λειτουργού και Τμήμα. / Was the accident reported to the Authorities? If so, give Officer's Name and Department.

2. Υπάρχουν άλλες ασφάλειες που καλύπτουν το ίδιο περιστατικό και έγιναν είτε από εσάς ή από άλλο άτομο; Δώστε στοιχεία. / Were there at the time of the accident any other insurances in force covering the same incident whether effected by you or any other person? If yes, give details.

3. Σας έχει υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση; Αν ναι από ποιόν; / Has any claim been submitted? If so, by whom?

**Ε. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΩΣΤΕ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΣΚΗΝΗΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΕΑΝ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ / PLEASE GIVE A SKETCH OF THE SCENE OF THE ACCIDENT IF APPLICABLE**

## **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679 και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η Εταιρεία EUROSURE INSURANCE COMPANY LTD είναι ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας τέτοιων Προσωπικών και/ή Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Κατά συνέπεια, η Εταιρεία μπορεί να συγκεντρώνει και να επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα με μοναδικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών ασφάλισης στα πλαίσια της συμφωνίας ασφάλισης. Η Εταιρεία μπορεί να μεταβιβάσει/επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και νόμιμου συμφέροντος.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από την Εταιρεία ή από άλλη συμβεβλημένη/ συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στην ανακοίνωση περί απορρήτου της Εταιρείας στην ιστοσελίδα [www.eurosure.com](http://www.eurosure.com).

## **ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω/ουμε ότι εξ' όσων κάλλιον γνωρίζω/ουμε και πιστεύω/ουμε ότι τα πιο πάνω αναφερόμενα είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ/ούμε την Εταιρεία και τους Δικηγόρους της να αναλάβουν και διεξάγουν εκ μέρους μου/μας όλες τις απαιτήσεις και τις δικαστικές διαδικασίες που απορρέουν από το εν λόγω περιστατικό και να κάνουν οποιανδήποτε παραδοχή θεωρούν αναγκαία και να εκδικάζουν και συμβιβάζουν τέτοιες απαιτήσεις χωρίς περαιτέρω αναφορά σε εμένα/εμάς. Αναλαμβάνω/ουμε να δίδω/ομεν οποιανδήποτε πληροφορία ή βοήθεια μπορεί να ζητηθεί από την Εταιρεία και επιτρέπω/ουμε την χρήση του ονόματός μου/μας.

**Υπογραφή Ασφαλισμένου/  
Σφραγίδα Εταιρείας**

**Ημερομηνία**

## **PROTECTION OF PERSONAL DATA**

In accordance with the provisions of the General Data Protection Regulation (GDPR) (EU) 2016/679 and any other relevant legislation, EUROSURE INSURANCE COMPANY LTD is the Data Controller in charge of the processing of such Personal and/or Sensitive Data. Consequently, the Company may collect and process personal data for the sole purpose of providing insurance services under the insurance agreement. The Company may transfer/process the personal data to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and legitimate interest.

The data will be recorded in an electronic or any other form, in one or more personal data files within the meaning of the Law, which will be held by the Company or by another affiliated company or person.

More information regarding the protection of personal data can be found in the Company's privacy notice at [www.eurosure.com](http://www.eurosure.com).

## **DECLARATION**

I/We hereby declare that the particulars stated in this form are to the best of my/our knowledge and belief true. I/We authorize the Company and its Lawyers to undertake and perform on my/our behalf all claims and legal proceedings arising from the said incident and to make any admission they deem necessary and to adjudicate and settle such claims without further reference to me/us. I/We undertake to provide any information or assistance that may be requested by the Company and permit the use of my/our name.

**Signature of Insured/  
Company Seal**

**Date**