



eurosure
INSURANCE COMPANY LTD

5 Limassol Avenue.
2112 Aglantzia, Nicosia, Cyprus
P.O. Box 22220, 1519 Nicosia

Tel.: +357-22882400
Fax: +357-22882499
e-mail: claims@eurosure.com
<http://www.eurosure.com>

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
CLAIM FORM – PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

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. / Correct answers are requested for the quick handling of any claim.
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.

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.:

Β. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/PARTICULARS OF ACCIDENT

1. Ημερομηνία/Date Ώρα/Time

Τοποθεσία/Place

2. Πλήρεις Λεπτομέρειες και Περιγραφή του Ατυχήματος /Full Details and Description of Accident:

3. Έχει ξανασυμβεί 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.

4. Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν τα ακόλουθα / Please attach the following:

- Πιστοποιητικά Άδειας Ασθενείας / Sick Leave Certificates
- Ιατρικά Πιστοποιητικά/Εκθέσεις/Ακτινογραφίες / Medical Certificates/Reports/X-Rays
- Αποδείξεις / Receipts

Γ. ΑΛΛΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

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.

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.

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.

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