



**Σημείωση:**

1. Συμπλήρωση ή παράδοση του έντυπου αυτού στην Εταιρία δεν συνεπάγεται ανάληψη οποιασδήποτε ευθύνης από την Εταιρία.
2. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί και να επιστραφεί στην Εταιρία εντός 15 ημερών από το ατύχημα και οπωσδήποτε όχι μετά την αποθεραπεία από αυτό.
3. Καμιά απαίτηση δεν γίνεται δεκτή εάν δεν παραδοθεί ιατρικό πιστοποιητικό με έξοδα αυτού που υποβάλει την απαίτηση.

**Note:**

1. Completion or submission of this form to the Company does not imply undertaking of any obligation by the Company
2. This claim form should be completed and returned to the Company within 15 days after the incident and definitely prior to full recovery from it.
3. No claim will be considered if not accompanied by medical documentation indicating the injuries and the expenses occurred.

**ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**  
**FOR OFFICIAL USE**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**  
**POLICY No**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ**  
**CLAIM No**

**1. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / INSURED**

Πλήρες Όνομα / Όνομα Εταιρίας  
(ή άλλου Νομικού Προσώπου):  
Full Name / Company Name  
(or other Legal Entity):

Διεύθυνση (κατοικίας):  
Address (residence)

Διεύθυνση (εργασίας):  
Address (work)

Τηλ. Εργασίας:  Τηλ. Κατοικίας:  Τηλ. Κινητό:   
Tel. Work: Tel. Residence: Tel. Mobile:

Επάγγελμα (Θέση και καθήκοντα)  
Profession (Occupation and duties)

Ηλικία (Ημ. Γενν.)  Ύψος  Βάρος:   
Age (D.O.B.) Height Weight

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / PARTICULARS OF THE ACCIDENT**

(δηλώστε την ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος / state the date and time of the accident)

Ημερομηνία  Ώρα (πμ / μμ)  Τόπος Ατυχήματος   
Date Time (a.m. / p.m.) Exact Accident Location

Δηλώστε την τοποθεσία όπου συνέβηκε το ατύχημα  
Declare the location of the accident

Περιγράψτε πως συνέβη το ατύχημα / Describe how did the accident happen

Περιγράψτε τη φύση και την έκταση των τραυματισμών που έχετε πάθει / Describe the extend and the nature of the injuries caused to you

Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση των προσώπων που υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες του ατυχήματος / State the name and address of any eye witness of the accident

1. Όνομα:   
Name

Διεύθυνση  Τηλέφωνο   
Address Telephone

2. Όνομα:   
Name

Διεύθυνση  Τηλέφωνο   
Address Telephone

### 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / PARTICULARS OF THE ACCIDENT (συνέχεια / continued)

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΕΡΙΕΘΑΛΨΕ / STATE THE NAME AND ADDRESS OF THE PHYSICIAN WHO HANDLED THE CASE

Όνομα:

Διεύθυνση  Τηλέφωνο

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥ / STATE THE NAME AND ADDRESS OF YOUR PERSONAL PHYSICIAN

Όνομα:

Διεύθυνση  Τηλέφωνο

### 4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ / DETAILS OF THE CLAIM (να επισυναφθούν αποδεικτικά στοιχεία / attached supporting evidence)

Δηλώστε τη χρονική περίοδο της ολικής ανικανότητας σας για εργασία (δηλαδή τον αριθμό των ημερών κατά τις οποίες, εξαιτίας της άμεσης και αποκλειστικής αιτίας του τραυματισμού σας από το ατύχημα, παραμείνατε πλήρως ανίκανος για εργασία)

State the period of your total disability for work ( e.g. the number of days you remained totally incapable for work due to the injuries that resulted solely and exclusively from the accident.)

Από / From  Μέχρι / To  Σύνολο / Total  Ημέρες / Days

Εξακολουθείτε να μένετε περιορισμένος στο στρώμα ή δωμάτιο ή κατοικία σας  
Do you still have to stay in your bed or room or house

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

Δηλώστε την περίοδο της μερικής ανικανότητας σας για εργασία (δηλαδή την περίοδο κατά την οποία μπορούσατε να εκτελείτε μερικώς μόνον (όχι πλήρως) τη συνήθη εργασία ή απασχόληση σας)

State the period of your temporary disability for work (i.e. the period through which you could only partially (not totally) perform your usual job or duties)

Από / From  Μέχρι / To  Σύνολο / Total  Ημέρες / Days

Δηλώστε με συντομία τους λόγους για τους οποίους κατά την περίοδο αυτή μόνον μερικώς μπορούσατε να εκτελείτε τη συνήθη εργασία ή απασχόληση σας / State in brief the reasons for which you could only perform partially your usual job or duties

Υποβάλατε στο παρελθόν απαίτηση ή εισπράξατε αποζημίωση δυνάμει  
Ασφαλιστήριου συμβολαίου ατυχημάτων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Have you made in the past any claim or received any compensation  
Relevant to an accident insurance policy?

YES  NO

Αν ΝΑΙ δηλώστε / If YES please state:

1. Το ποσό της αποζημίωσης / The amount of compensation

2. Την περίοδο της ολικής ανικανότητας για εργασία / The period of total disability for work

3. Την ασφαλιστική εταιρία που σας κατεβάλατε την αποζημίωση / The insurance company that paid  
the compensation

Είστε ασφαλισμένος για κινδύνους προσωπικών ατυχημάτων και σε άλλη ασφαλιστική εταιρία;  
Are you insured for personal accident with another insurance company?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

Αν ΝΑΙ δηλώστε το όνομα της ασφαλιστικής εταιρίας και το ποσό το οποίο δικαιούσθε να απαιτήσετε για το πιο πάνω ατύχημα σας  
If YES state the name of the insurance company and the amount for which you entitle to claim due the above accident

Άλλη Ασφαλιστική Εταιρία  Ποσό

### 5. ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους πιο πάνω τραυματισμούς και βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθής και συμφωνώ ό,τι εάν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή ή αναληθή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων το δικαίωμά μου για αποζημίωση θα χαθεί πλήρως. / I declare that I suffered from the above mentioned injuries and I assure that all the above details are completely true and I agree that in case I made or I will make any faulty declaration, secretion or passing in silence of events my right for compensation will be totally and permanently lost.

(Ισχύει για Νομικό Πρόσωπο): Δηλώνω ότι το παρόν έγγραφο συμπληρώνεται και υπογράφεται από εμένα (Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου .....), ως δεόντως εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο του νομικού προσώπου, τα στοιχεία του οποίου αναγράφονται πιο πάνω. Ως εκ τούτου όλες οι απαντήσεις και δηλώσεις του παρόντος εγγράφου, δεν αφορούν εμένα προσωπικά αλλά το νομικό πρόσωπο το οποίο εκπροσωπώ. / (Applies to Legal Entity): I declare that this document is completed and signed by me (ID No / Passport No .....), as a duly authorized representative of the legal entity whose details are listed above. Therefore, all the answers and statements in this document do not concern me personally but the legal entity I represent.

Υπογραφή Ασφαλισμένου  Ημερομηνία

6. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ / STATEMENT OF CONSENT

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ  
ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ  
STATEMENT OF CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF PERSONAL DATA AND  
THE PROCESSING OF SPECIAL CATEGORIES OF PERSONAL DATA

Δηλώνω ότι / I hereby declare that:

- Ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Εθνικής Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ («η Εταιρία») για / I have been informed verbally and via the corporate website of Ethniki General Insurance (Cyprus) Ltd. ("The Company") regarding:
  - την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία / The processing of personal data and special categories of personal data conducted by the Company.
  - τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου / My rights as the data subject.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι και ότι η τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση της σύμβασης ασφάλισης με άμεση ισχύ / I acknowledge that processing my personal data (including special categories) is mandatory for the execution of the insurance contract that I have requested and that any potential future revocation of my consent shall result in cancellation of the insurance contract with immediate effect.
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου / I expressly provide my consent to the Company to process my personal data including special categories of personal data where applicable.

**Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / THE POLICYHOLDER**

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / THE INSURED**

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ  
ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ  
STATEMENT OF CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF PERSONAL DATA FOR  
COMMERCIAL/MARKETING/STATISTICAL PURPOSES

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ρητής συναινέσεώς μου η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας, ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της. / I have been expressly informed that, on condition of my explicit consent below, the Company shall collect, store and process my personal data so as to conduct targeted marketing or promotional activities, or for the purpose of assessing the quality of provided services.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες έρευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. / In order to achieve the aforementioned objectives my personal data may be communicated to research or marketing companies collaborating with the Company.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία. / I have been informed regarding my right to object to the processing of my personal data for commercial/marketing/statistical purposes at any time by sending a relevant request to the Company.

**Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / THE POLICYHOLDER**

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / THE INSURED**

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία  
Date

Τόπος Υπογραφής  
Place of signing