

ALTIUS INSURANCE LTD
 ΓΩΝΙΑ ΛΕΩΦ. KENNEDY & ΟΔΟΥ ΣΤΑΣΙΝΟΥ/CORNER KENNEDY AVENUE & STASINOU STR.
 Τ.Θ. 26516, 1640 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΚΥΠΡΟΣ/P.O. BOX 26516, 1640 NICOSIA, CYPRUS
 ΤΗΛ.: +357 22379999, ΦΑΞ: + 357 22379137/ TEL.: +357 22379999, FAX: + 357 22379137
 E-MAIL: customer_service@altiusinsurance.com.cy

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ- PUBLIC LIABILITY CLAIM FORM

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως
 Παρακαλούμε χρησιμοποιείτε κεφαλαία γράμματα και μην αφήνετε κενά ή απαντάτε τις ερωτήσεις με παύλα
 Each of these questions must be answered completely
 Please use capital letters and do not leave blanks or answer the questions with a dash

| ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ / For internal Use | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Αριθμός Απαίτησης Claim Number | Αριθμός Συμβολαίου Policy Number | Είδος Συμβολαίου Type of Policy |
| Κωδικός Ασφαλιστή Agent's Code | Ημερομηνία Λήξης Expiry Date | Απαλλαγή Excess |

| 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / Details related to the Insured | |
|---|---|
| Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Name of insured | Αριθμός ταυτότητας Identity card number |
| Διεύθυνση Address | Τηλέφωνο εργασίας Telephone No. (Work) |
| Είδος εργασίας Occupation | Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile) |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address | Αριθμός τηλεομοτύπου Fax number |

| 2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ / Policy Details | |
|---|-------------------------------------|
| Αριθμός Συμβολαίου Policy Number | Ημερομηνία λήξης Expiry date |
| Έχουν πληρωθεί τα ασφάλιστρα; Has the premium been paid? | Αριθμός απόδειξης Receipt number |
| Διεύθυνση κινδύνου Risk address | |
| Υπάρχει άλλο Συμβόλαιο το οποίο να παρέχει κάλυψη για το ατύχημα; Εάν Ναι δηλώστε όνομα Ασφαλιστικής Εταιρίας και αριθμό Συμβολαίου Is there any other Policy that provides coverage for the accident? If Yes please provide the name of the Insurance Company and the Policy Number | |

| 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / Accident's details | | | | |
|---|-------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| Ημερομηνία ατυχήματος Date of accident | Ωρα Time | π.μ./μ.μ a.m./pm | Τοποθεσία Area | Επαρχία District |
| Περιγράψτε με λεπτομέρεια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα. Describe in detail under which circumstances the accident has been occurred. | | | | |

Έχετε καταγγείλει το περιστατικό στην Αστυνομία;
Have you reported the Incident to the Police?

Εάν Ναι, δηλώστε σε ποιόν αστυνομικό σταθμό έχει καταγγεληθεί καθώς επίσης όνομα και αριθμό αστυνομικού.
If Yes, please state at which police station you have reported the accident and the name and number of the police officer as well.

Εάν Όχι, δηλώστε τον λόγο που δεν έχει καταγγεληθεί
If No, please state the reason why it was not reported

Ποιος κατά την γνώμη σας ευθύνεται για το συμβάν;
Who is responsible for the incident in your opinion?

4. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ / Bodily injuries

Έχει τραυματιστεί οποιοδήποτε πρόσωπο κατά το ατύχημα; Εάν Ναι παρακαλούμε όπως δηλώσετε τα πιο κάτω στοιχεία:
Was anybody injured during the accident? If Yes please provide the following details:

| | |
|---|--|
| Όνομα Name | Επίθετο Surname |
| Αριθμός ταυτότητας Identity card number | Ημερομηνία γεννήσεως Date of birth |
| Υπηκοότητα Citizenship | Τηλέφωνο οικίας Telephone No. (Home) |
| Διεύθυνση Οικίας Home address | Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile) |

Παρακαλούμε δηλώστε το ονοματεπώνυμο και τον αριθμό τηλεφώνου του ατόμου που μετέφερε τον/την τραυματία στο γιατρό.
Please provide the full name and telephone number of the person who transferred the injured at the doctor.

Παρακαλούμε δώστε σύντομη περιγραφή των τραυματισμών που έχει υποστεί ο/η τραυματίας ως αποτέλεσμα του ατυχήματος
Please provide a brief description of the injury sustained as a result of the accident

Ο/Η τραυματίας έχει συμβουλευτεί γιατρό; Εάν Ναι παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση του γιατρού και του ιατρικού κέντρου.
Has the injured consulted a doctor? If Yes, please provide the name and address of the doctor and of the medical center.

Ποια φαρμακευτική και άλλη ιατρική φροντίδα δόθηκε στον/στην τραυματία;
What pharmaceutical and other medical care has been given to the injured?

Ποιο το συνολικό κόστος της Ιατρικής Φροντίδας;
What is the total cost of the medical care?

5. ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ / Material damage

Περιγραφή ζημιάς σε ξένη περιουσία
Describe of damage to other third party property

| Όνοματεπώνυμο Ιδιοκτήτη Owner's Name | Περιγραφή Description | Ημερομηνία Αγοράς Date of Purchase | Αξία πριν τη ζημιά σε € Value before the damage in € |
|---|--------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / Independent eye witnesses details

Δώστε ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνα, ανεξάρτητων μαρτύρων
Give full name, address and telephone numbers, of independent eye witnesses

| Όνοματεπώνυμο Full Name | Διεύθυνση Address | Τηλέφωνο Telephone |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

7. ΑΠΑΙΤΗΣΗ / Claim

Έχει υποβληθεί σε σας οποιαδήποτε απαίτηση;
Was any claim submitted to you?

Εάν Ναι, δώστε λεπτομέρειες (Εάν έχουν υποβληθεί τιμολόγια παρακαλούμε εσωκλείστε τα)
If Yes, please provide details (If you have submitted invoices please enclose)

8. ΑΛΛΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ / Other Details

Αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία πιθανόν να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαίτησης παρακαλούμε να την αναφέρετε.
Please report any other information which may affect the operation or the final settling of the claim.

9. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Εγώ/εμείς δηλώνω/ουμε ότι εξ' όσων γνωρίζω/ουμε οι πιο πάνω πληροφορίες είναι από όλες τις απόψεις αληθινές και σας εξουσιοδοτώ/ουμε όπως επιληφθείτε εξ' ονόματος μου/μας οποιαδήποτε ζητήματα έχουν σχέση με το πιο πάνω ατύχημα. Οποιαδήποτε κλήση ή άλλα έγγραφα ή αλληλογραφία που έχουν οποιαδήποτε σχέση με την πιο πάνω υπόθεση αναλαμβάνω/ουμε να τα παραδώσω/ουμε αμέσως στην ALTIUS INSURANCE LTD.

I/ we declare that to the best of my/our knowledge the above information is in all respects true and therefore I/we authorize you on my/our behalf to deal with any issues related to the above accident. Any summons or other documents or correspondence that have any relation to the above case I/we undertake to deliver them immediately in ALTIUS INSURANCE LTD.

Υπογραφή Ασφαλισμένου
Signature of Insured

Ημερομηνία
Date

Σημ: Συμπλήρωση ή αποδοχή του παρόντος Εντύπου δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την ALTIUS INSURANCE LTD.
Note: The completion or acceptance of this Form does not imply admission of liability by ALTIUS INSURANCE LTD.

10. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ / Agent's Remarks

| |
|--|
| |
| |