

ALTIUS INSURANCE LTD

ΣΚΟΠΑ 8, 1075 ΛΕΥΚΩΣΙΑ/ΣΚΟΠΑ 8, 1075 NICOSIA

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 ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ – PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως.

Παρακαλούμε χρησιμοποιείστε 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.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ / DETAILS RELATED TO THE INSURED

Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας Home address	Τηλέφωνο εργασίας Work telephone No.
Διεύθυνση αλληλογραφίας Correspondence address	Τηλέφωνο οικίας Home telephone No.
Επάγγελμα Occupation	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Mobile telephone No.
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	Αριθμός τηλεομοιότυπου Fax number

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ / DETAILS RELATED TO THE POLICY

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Policy Number
Κατέχετε άλλο Ασφαλιστήριο το οποίο αφορά κάλυψη Προσωπικών Ατυχημάτων; Εάν Ναι δηλώστε όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας και αριθμό Ασφαλιστηρίου. Do you hold any other Personal Accident Policy? If Yes, please declare the name of Insurance Company and Policy Number.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / ACCIDENT'S DETAILS

Ημερομηνία ατυχήματος Date of accident	Ωρα Time	π.μ./μ.μ a.m./p.m.	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.				

4. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ / BODILY INJURIES

Έχετε συμβουλευτεί γιατρό; Εάν Ναι παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση ιατρικού κέντρου και γιατρού. Have you consulted a doctor? If Yes, please provide the name and address of the doctor and the medical center.

ΝΑΙ
YES

ΟΧΙ
NO

Παρακαλούμε δηλώστε το πλήρες όνομα και τον αριθμό τηλεφώνου του/των ατόμου/ων που σας μετέφερε/αν στο γιατρό. Please provide full name and telephone number of the person/s who transferred you to the doctor.

Παρακαλούμε δώστε σύντομη περιγραφή των τραυματισμών που έχετε υποστεί ως αποτέλεσμα του ατυχήματος. Please provide a brief description of the injuries sustained as a result of the accident.

Ποια φαρμακευτική και άλλη ιατρική φροντίδα σας δόθηκε; What pharmaceutical and other medical care has been given to you?

5. ΑΠΑΙΤΗΣΗ / CLAIM

Ποιο είναι το σύνολο των ιατρικών σας εξόδων; Παρακαλούμε επισυνάψτε τα πρωτότυπα τιμολόγια. What is the total cost of your medical expenses? Please attach the original invoices.

Για ποιο χρονικό διάστημα είσαστε:
For how long you are:

Από
From

Μέχρι
To

α) κλινήρης;
a) Bedridden?

β) ολοκληρωτικά ανίκανος να εκτελέσετε την εργασία σας;
b) Totally disable of performing your job?

γ) μερικώς ανίκανος να εκτελέσετε την εργασία σας;
c) Partly disable of performing your job?

δ) ικανός μόνο για ελαφρά καθήκοντα;
d) Capable only for performing light duties?

6. ΙΣΤΟΡΙΚΟ / HISTORY

Σας έχει συμβεί στο παρελθόν άλλο περιστατικό για το οποίο έγινε ή θα γίνει πληρωμή από Ασφαλιστική Εταιρεία; Εάν Ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες. Did you have any other incident which was or will be paid by an Insurance Company? If Yes, please provide details.

ΝΑΙ
YES

ΟΧΙ
NO

7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / INDEPENDENT EYEWITNESSES' DETAILS

Δώστε πλήρες όνομα και τηλέφωνο ανεξάρτητων μαρτύρων
Give full name and telephone number of independent eyewitnesses

Πλήρες Όνομα Full Name	Τηλέφωνο Telephone
1.	
2.	
3.	
4.	

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία στοιχεία τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη και για αξιολόγηση από επαγγελματίες που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ο «ΓΚΠΔ»), και τις συναφείς νομοθεσίες, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνομαι το δικαίωμα της Εταιρείας, εφόσον κατοχυρώσει ότι οι επαγγελματίες στους οποίους διαβιβάζει δεδομένα είναι εναρμονισμένοι με τον ΓΚΠΔ και προτού προβεί στη διαβίβαση των προσωπικών μου δεδομένων σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος.

Επίσης, εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς και/ή άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα νοσοκομεία και/ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία.

Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει.

I hereby declare that the information provided by me in the context of this form is truthful, exact and complete.

At the requisition of compensation stage, I declare to provide to the Company data that may be used as proof necessary for the evaluation completed by Professionals working with the Company, subject to the provisions of the General Data Protection Regulation EU 2016/679 (the «GDPR»), as amended, only of what data is completely relevant and necessary for the purpose of examining a claim in the event that the Company considers that this is absolutely necessary so as to decide whether or not to pay compensation under the terms of my insurance policy and/or so as to determine the amount of the indemnity.

Therefore, I acknowledge the Company's right considering that it ensures that the professionals to whom it discloses the data are acting in accordance with the GDPR and shares my personal data to third parties to the extent required for the performance of a contract, due to legal obligations and legitimate interest.

I further authorise all physicians and/or other experts who have treated me and all hospitals and/or other institutions other or insurance companies, to provide complete information in relation to the present claim if requested by the Company.

This form has been completed by me and/or following my instructions and I have checked it.

Υπογραφή Ασφαλισμένου
Signature of Insured

Ημερομηνία
Date

10. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ / CONSENT FORM FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA	
ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ Η ALTIUS INSURANCE LTD (η «Εταιρεία»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες σας, στο πλαίσιο σας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση σας Πρότασης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλιστρών, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτά τα δεδομένα θα διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας των δεδομένων. Η Εταιρεία λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση επαρκούς προστασίας των δεδομένων. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.	PURPOSE OF COLLECTION AND PROCESSING ALTIUS INSURANCE LTD (the «Company»), its intermediaries and associates, within the context of the provision of insurance services (including, inter alia, the examination of the Proposal for the provision of insurance services, the pricing and collection of premiums, the assessment of a claim for the payment of compensation) intends to collect and process personal data that concern you or concern minors on whose behalf you provide their consent as their guardian. In certain occasions the data will be transferred to third countries which do not offer an adequate level of data protection. The Company takes all necessary measures in order to ensure an adequate level of data protection. It is necessary that we collect and process such data so that we can provide you with insurance services.
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Εταιρείας την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα https://www.altiusinsurance.net περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά.	COMPANY'S POLICY FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA When the Company collects and processes personal data, it ensures that this is carried out lawfully and that all necessary measures are taken so as to ensure their safety. Company's Policy for the Processing of Personal Data, which you may find on https://www.altiusinsurance.net, contains further information on the processing of personal data that is carried out; please read it carefully.
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: • Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης, • Πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών, • Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας, • Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας, • Πληροφορίες για τα περιουσιακά σας στοιχεία, • Πληροφορίες τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την Εταιρεία, • Πληροφορίες κατά πόσο βαρύνεστε από προηγούμενες καταδικές σχετικά με την χρήση του μηχανοκίνητου σας οχήματος, ή αν εκκρεμεί δικαστική διαδικασία εναντίον σας, • Ασφαλιστικό ιστορικό	CATEGORIES OF PERSONAL DATA For the provision of insurance services we collect and process the following main categories of Personal Data: • Personal data and identification data, • Bank account information, • Information concerning your health status, • Information obtained through the use of our website, • Information concerning your assets, • Information you provide during a phone call with the Company, • Information on whether you are subject to previous convictions regarding the use of your motor vehicle, or whether legal proceedings are pending against you, • Insurance history.
ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Σκόπα 8, 1075 Λευκωσία Τ.Θ. 26516, 1640 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@altiusinsurance.com.cy. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.	WITHDRAWAL OF CONSENT In case you wish to withdraw your consent to the processing of your personal data, please let us know in writing by sending a letter at the address Skopa 8, 1075 Nicosia, P.O. BOX 26516, 1640 Nicosia or to the email address dpo@altiusinsurance.com.cy. Please note that if you withdraw your consent, we may not be able to provide our insurance services to you.
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την Εταιρεία και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.	CONSENT DECLARATION I have read the contents of this form which has been provided to me by Company and I consent to the collection and processing of the personal data described above for the purpose of providing insurance services.
Υπογραφή Ασφαλισμένου Signature of Insured	
Ημερομηνία Date	