



ΈΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΩΝ ΖΗΜΙΑΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ - MOTOR CLAIM FORM

Αρ. Συμβολαίου- Policy No:..... Περίοδος κάλυψης-Period of Cover

A ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΟΔΗΓΟΣ - INSURED AND DRIVER

1 Όνομα ασφαλισμένου: _____
Name of Insured:

2 Διεύθυνση: _____
Address:

3 Αρ. Οχήματος Vehicle No:	Τύπος Οχήματος Make	Κυβ. Εκατοστά HP or CC	Χρήση Οχήματος Use of vehicle	Αν είναι εμπορικό σημειώσατε Α ή Β If commercial vehicle state A or B

4 Τηλέφωνο Εργασίας: _____ 5 Τηλέφωνο Οικίας: _____ 6 Κινητό: _____
Work Telephone Number: Home Telephone Number: Mobile Telephone Number:

7 Επάγγελμα: _____ 8 Αρ. Ταυτότητας: _____
Occupation: I.C. Number:

9 Εγγεγραμμένος ιδιοκτήτης: _____ Επισυνάπτεται αντίγραφο τίτλου ιδιοκτησίας
Registered Owner: Copy of vehicle registration certificate attached

10 Όνομα Οδηγού: _____ 11 Ηλικία Οδηγού: _____
Driver's Name: Driver's Age:

12 Τηλέφωνο Εργασίας: _____ 13 Τηλέφωνο Οικίας: _____ 14 Κινητό: _____
Work Telephone Number: Home Telephone Number: Mobile Telephone Number:

15 Διεύθυνση Οδηγού: _____ 16 Επάγγελμα: _____
Driver's Address: Occupation:

17 Με ποιά ιδιότητα οδηγούσατε το όχημα; _____
Under which capacity you were driving the motor vehicle?

18 Ποιος ακριβώς σας είχε εξουσιοδοτήσει να οδηγήσετε το όχημα; _____
Who authorised you to drive the motor vehicle?

19 Αριθμός άδειας οδηγού και ημερ. έκδοσης: _____ Επισυνάπτεται αντίγραφο
Driver's license and date of issue: Copy attached

20 Λεπτομέρειες ατυχημάτων που συνέβηκαν στον οδηγό κατά τα τελευταία 3 χρόνια:
Particulars of accidents occurred to the driver during the last 3 years:

21 Έχει ο οδηγός καταδικαστεί τα τελευταία 4 χρόνια σε οποιοδήποτε παράπτωμα σε σχέση με οποιοδήποτε όχημα;
Has the driver been convicted of any driving offence in connection with any vehicle during the last 4 years?
Αν ναι, δηλώστε τους βαθμούς ποινής και τις λεπτομέρειες. If so, please give details

B ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - PARTICULARS OF THE ACCIDENT

1 Ημερομηνία: _____ 2 Ώρα: _____ 3. Ημέρα: _____ 4. Καιρικές Συνθήκες: _____
Date: Time: Day: Weather conditions:

5 Οδός: _____ 6. Τοποθεσία: _____ 7. Πόλη: _____
Street: Area: Town:

8 Ταχύτητα οχήματος πριν και κατά την ώρα του ατυχήματος Πριν: _____ Κατά: _____
Speed of the motor vehicle prior and during the time of accident Prior: During:

9 Όνομα και διεύθυνση μαρτύρων (επιβατών ή άλλων) Name and address of witnesses (passengers and bystanders).

Όνομα - Name	Διεύθυνση - Address	Τηλέφωνο-Telephone

10 Πού αναφέρατε πρώτα το ατύχημα; Λήφθηκαν λεπτομέρειες του ατυχήματος από αστυνομικό όργανο; Αν ναι, από ποιόν;
Αν όχι γιατί; **Where was the accident first reported? Were particulars of the accident taken by a Police Officer?**
If so by whom? If not, why?

11 Αν ο/οι άλλος/οι οδηγός/οι είναι νομικά υπεύθυνοι για το ατύχημα, προτίθεστε να λάβετε οποιαδήποτε μέτρα για ανάκτηση της ζημιάς σας; Αν ναι, παρακαλούμε να μας δώσετε λεπτομέρειες. **If the other driver is legally liable for the accident are you prepared to take any steps for the recovery of your loss? If yes, please give details.** _____

12 Το όχημα είναι ασφαλισμένο και με άλλη ασφαλιστική εταιρεία; Αν ναι, έναντι ποιών κινδύνων.
Is your motor vehicle insured with any other Insurer? If so, against what risks?

13 Ποιος κατά την γνώμη σας ευθύνεται για το ατύχημα; Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες και εκθέστε τις συνθήκες κατά τις οποίες συνέβη το ατύχημα. **Which of the drivers in your opinion is responsible for the accident? Please give full particulars and state the circumstances under which the accident occurred.**

Σχεδιάγραμμα – Sketch _____

Γ ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΖΗΜΙΩΝ – NATURE AND EXTENT OF DAMAGE

1 Περιγραφή ζημιάς του οχήματός σας: _____
Description of damage to your motor vehicle:

2 Πού είναι το όχημα σας τώρα; _____
Where is your motor vehicle now?

3 Περιγραφή ζημιάς σε άλλα αυτοκίνητα ή ξένη περιουσία:
Description of damage to the other vehicles or other third party property:

α. _____

β. _____

γ. _____

δ. _____

4 Έχει τραυματισθεί οποιοδήποτε πρόσωπο κατά το ατύχημα; _____
Was anybody injured during the accident?

5 Σε ποιά κλινική ή νοσοκομείο μεταφέρθηκαν οι τραυματίες; _____
If so, to which clinic/hospital were the injured person(s) taken?

Όνομα τραυματία Name(s) of injured person(s)	Ηλικία Age	Διεύθυνση Address	Τραυματισμοί Injuries	Χώρος που βρισκόταν κατά το ατύχημα Location during the accident

6 Όνομα ασφαλιστικών εταιρειών των άλλων αυτοκινήτων και αριθμός συμβολαίου.
Name of Insurance Company of the other motor vehicle(s) and Policy number.

ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΛΙΣΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΓΡΑΠΤΗ Ή ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΤΡΙΤΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΒΙΒΑΖΕΤΑΙ ΑΜΕΣΩΣ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Any Writ of Summons as well as any verbal or written claim by third parties should be forwarded to the Company without delay.

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει είναι αληθή από όλες τις απόψεις και σας εξουσιοδοτώ με το παρόν έντυπο όπως επιληφθείτε επ'ονόματι μου οποιαδήποτε ζητήματα έχουν σχέση με το ατύχημα. I/we declare the foregoing particulars to be true in all respects and I/we authorise you on my/our behalf to deal with all matters relating to this accident.

(Υπογραφή του Ασφαλισμένου & του Οδηγού)
Signature of Insured & Driver

Ημερομηνία/ Date: _____

Σημ.: Συμπλήρωση ή αποδοχή του παρόντος Εντύπου δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την Εταιρεία.
Note: The issue or acceptance of this Form does not imply admission of liability by the Company.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών δεδομένων

Η Progressive Insurance Co Ltd., στο πλαίσιο λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης και του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR), όταν σε ατύχημα εμπλέκεται ασφαλισμένος της, προβαίνει σε επεξεργασία προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων της και κάθε τρίτου εμπλεκόμενου. Τα αρχεία αυτά ενδέχεται να περιλαμβάνουν τόσο ευαίσθητα όσο και μη ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Το περιεχόμενο των αρχείων έχει ληφθεί είτε απευθείας από εσάς είτε μέσω σχετικών εγγράφων, πρακτόρων και συνεντεύξεων που υποβλήθηκαν ή εκτελέστηκαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συγκεκριμένης απαίτησης με τη συγκατάθεσή σας.

Τα προσωπικά δεδομένα αποθηκεύονται στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές (servers) μας που βρίσκονται στην Κύπρο και ελέγχονται από το προσωπικό μας. Έχουμε θεσπίσει μέτρα ασφαλείας που διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που περιέχονται στη βάση δεδομένων και τα μέτρα ασφαλείας υπόκεινται σε συνεχή επανεξέταση και αναβάθμιση.

Η Progressive επεξεργάζεται και διατηρεί τα προσωπικά δεδομένα για να χειρίζεται σχετικές απαιτήσεις. Για την επεξεργασία αυτή είναι απαραίτητο να δοθεί η πιο κάτω ρητή συγκατάθεση.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Έχοντας διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες, επιβεβαιώνω ότι είναι σαφείς και ότι:

- A. Συμφωνώ οικειοθελώς με την Progressive Insurance Co. Ltd για τη συλλογή, επεξεργασία και διατήρηση των προσωπικών δεδομένων μου και συγκατατίθεμαι ότι μπορεί να επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα χωρίς περιορισμούς για να διεκπεραιώσει την συγκεκριμένη απαίτηση στην οποία είμαι εμπλεκόμενος.
- B. Επιβεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί και κατανοήσει τα δικαιώματά μου, να αποκτήσω πρόσβαση και να προσαρμόσω τα προσωπικά μου δεδομένα, να υποβάλω γραπτή και αιτιολογημένη αίτηση για διακοπή της επεξεργασίας ή αντίρρηση κατά της επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων και να αποσύρω συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή υποβάλλοντας γραπτή απόσυρση στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση customercare@progressiveic.com

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____	Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____
ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____	ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____
ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____	ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/> Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ _____ Υπογραφή _____

Ημερομηνία: _____