

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ / ΟΔΗΓΩΝ

Αρ. Ασφαλιστηρίου :

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Όνομα : ΑΔΤ

Διεύθυνση :

Τηλέφωνο Φαξ

Ηλεκτρονική Δ/νση :

ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημερομηνία και ώρα:

Τόπος ατυχήματος :

Περιγράψετε λεπτομερώς πως έγινε το ατύχημα :

.....

.....

.....

.....

.....

Στοιχεία επικοινωνίας αυτοπτών μαρτύρων :

1. 2.

Εάν ο τραυματισμός συνέβη σε τροχαίο δυστύχημα δηλώστε τα στοιχεία των εμπλεκομένων οχημάτων και των ασφαλιστικών τους εταιρειών

.....

ΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ

Όνομα: ΑΔΤ :

Ηλικία: Επάγγελμα:

Διεύθυνση κατοικίας :

Τηλέφωνο :

Διεύθυνση Εργασίας :

Εβδομαδιαίες απολαβές κατά το ατύχημα : €

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

Λεπτομέρειες σωματικού τραυματισμού (Επισυνάψετε ιατρικά πιστοποιητικά)

.....

.....

.....

.....

Όνομα νοσηλευτικού κέντρου και θεράποντα ιατρού :

.....

Ιατρική θεραπεία που χορηγήθηκε :

.....

Πότε αναμένεται ο τραυματισθείς να επιστρέψει στην εργασία του;

.....

Δηλώστε που και πότε θα μπορούσε να επισκεφθεί τον τραυματία ιατρός ή άλλο εξουσιοδοτημένο πρόσωπο εκ μέρους της Εταιρείας

Δηλώστε τη χρονική περίοδο της ολικής ή μερικής ανικανότητας για εργασία:

Ολική ανικανότητα	από μέχρι	 μέρες
Μερική ανικανότητα	από μέχρι	 μέρες

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Είχατε άλλα ατυχήματα στο παρελθόν; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες:.....

Εισπράξατε οποιαδήποτε αποζημίωση από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία λόγω ατυχήματος;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες

.....

Είστε ασφαλισμένος για Προσωπικά Ατυχήματα και σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες

Ημερομηνία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω/Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

(και σφραγίδα σε περίπτωση νομικής οντότητας)

Υπογραφή Τραυματία

.....

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Παραλαβή του Εντύπου αυτού από την Εταιρεία, δεν συνεπάγεται αποδοχή οποιασδήποτε ευθύνης δυνάμει του Ασφαλιστηρίου.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα για σκοπούς διαχείρισης της απαίτησής σας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και των δικαιωμάτων σας, παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στο www.genikesinsurance.com.cy όπου μπορείτε να βρείτε τη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ή εάν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο επικοινωνήστε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.

CLAIM FORM PERSONAL ACCIDENT / DRIVERS

Policy No:

INSURED

Name: ID No.

Address:

Telephone No. Fax No.

E-mail address:

THE ACCIDENT

Date and time:

Place of accident:

Describe in detail the circumstances of the accident:

.....

.....

.....

.....

.....

Contact details of eye-witnesses:

1. 2.

If the injury was the result of a road accident give details of the vehicles involved and their insurance companies

.....

INJURED PERSON

Name: ID No.

Age: Occupation:

Home Address:

Telephone No.:

Work Address:

Weekly wages on date of accident: €

BODILY INJURY

Details of bodily injury (Επισυνάψετε ιατρικά πιστοποιητικά / Attach medical reports)

.....

Name of hospital and treating doctor:

.....

Medical treatment offered:

.....

When is the injured person expected to resume his work?

.....

State where and when a doctor or other authorised person on behalf of the Company could visit the injured person

State the period of total or partial disablement for work:

Total disablement	from to	 days
Partial disablement	from to	 /days

GENERAL INFORMATION

Did you have any other accidents in the past? YES ☐ NO ☐

If 'yes', give details:.....

Have you received any compensation from any other insurance company after an accident?

YES ☐ NO ☐

If 'YES' give details

.....

Are you also insured for Personal Accidents with other insurance companies? YES ☐ NO ☐

If 'YES' give details

Date

SOLEMN DECLARATION

I/WE solemnly declare that all information given above is true and accurate.

Signature of Insured

(and Company seal in case of legal entity)

Signature of Injured Person

.....

.....

IMPORTANT NOTICE:

Receipt of this Form by the Company does not constitute an admission of liability under the Policy.

Data Protection – Privacy Notice

We collect and use personal information about you so that we can process your claim under your Policy. For more information on how we use your personal information and your rights, please refer to our Privacy Notice [at www.genikesinsurance.com.cy](http://www.genikesinsurance.com.cy). If you do not have access to the internet, please contact us and we will send you a printed copy.