CLAIM FORM PUBLIC LIABILITY

POLICY NO: ……

A. THE INSURED

Name:……

Tel: …… Email address: ……

Nature of Business: ……..

Contact person: ……

B. THE INCIDENT

Date: …….. Time: ……

Location: ……..

Describe in detail how the incident occurred:

……..

……..

……..

……..

……..

Were there any signs bringing attention to the danger? *(If 'Yes' please attach photos)*

……..

To whom was the incident reported and when?

……..

Witnesses (*State names and telephones provided that you have their consent):*

1. ……..
2. ……

C. INJURIES TO THIRD PARTY

Name: ……. Tel: ……..

Occupation: …… Age: ……..

In what capacity was the injured person in your premises?

……..

Give details of the injuries:

……

……

Has the injured person received medical treatment? *(If 'YES' state the name of the Medical center)*

……..

_____

D. DAMAGE TO THIRD PARTY PROPERTY

Name of Property Owner: ……..

Address: ……. Tel: ……..

Description of the Property: ……..

……..

How much do you estimate the damage?

……..

E. COMMENTS - REMARKS

Considering the circumstances of the incident do you think that you are in any way liable for the injuries/damage and why? …….

……

……

Has any claim been made from the injured person or the owner of the property? *(If 'YES' state details)*

……

……

Date: ……

Signature of Insured
(and Company seal in case of legal entity)

……

Name of Signatory: ……..

DATA PROTECTION

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 .If you do not have access to the internet, please contact us and we will send you a printed copy.

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ : ……

Α. Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

'Ονομα :……

Τηλ: …… Ηλεκτρονική δ/νση: ……

Φύση Εργασιών: ……

Άτομο για επαφή : ……

Β. ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ημερομηνία : …… 'Ωρα : ……

Τοποθεσία : ……

Περιγράψετε λεπτομερώς πως έγινε το περιστατικό :

……

……

……

……

……

Υπήρχαν οποιαδήποτε σήματα / πινακίδες που να εφιστούν την προσοχή στον κίνδυνο; *(Εάν 'ΝΑΙ' επισυνάψετε φωτογραφίες)*

……

Σε ποιο υπεύθυνο πρόσωπο αναφέρθηκε το περιστατικό και πότε;

……..

Αυτόπτες Μάρτυρες *(Δηλώστε ονόματα και τηλέφωνα νοουμένου ότι έχετε τη συγκατάθεσή τους):*

1. ……..
2. ……

Γ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΟΥ

'Ονομα: …… Τηλ: ……

Επάγγελμα: …… Ηλικία: ……

Υπό ποια ιδιότητα ο/η τραυματισμένος/η βρισκόταν στην περιουσία σας;

……

Δώστε λεπτομέρειες των τραυμάτων :

……

……

Έλαβε ιατρική περίθαλψη; *(Εάν 'ΝΑΙ' δηλώστε σε ποιο Νοσηλευτικό Κέντρο)*

……

_____

Δ. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΡΙΤΟΥ

'Ονομα Ιδιοκτήτη Περιουσίας : ……

Δ/νση : …… Τηλ : ……

Περιγραφή της Περιουσίας: ……

……

Πόσο εκτιμάτε το ύψος της ζημιάς;

……

Ε. ΣΧΟΛΙΑ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Υπό τις συνθήκες που έγινε το περιστατικό θεωρείτε ότι έχετε οποιαδήποτε ευθύνη για τον τραυματισμό/ζημιά και γιατί; ……

……

……..

Έχει υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας από τον τραυματία / ιδιοκτήτη της περιουσίας; *(Εάν 'ναι' δώστε λεπτομέρειες)*

……

……

Ημερομηνία: ……..

Υπογραφή Ασφαλισμένου
(και σφραγίδα σε περίπτωση νομικής οντότητας)

……

Όνομα υπογράφοντα :……

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε προσωπικά δεδομένα για σκοπούς διαχείρισης της απαίτησης βάσει του Ασφαλιστηρίου σας. Για περισσότερες πληροφορίες, 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.