

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ / CLAIM FORM PUBLIC LIABILITY

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / POLICY NO:

A. Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / THE INSURED

Όνομα / Name:.....

Τηλ / Tel: Email:

Φύση Εργασιών / Nature of Business:

Άτομο για επαφή / Contact person:

B. ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ / THE INCIDENT

Ημερομηνία / Date: Ώρα / Time:

Τοποθεσία / Location:

Περιγράψτε λεπτομερώς πως έγινε το περιστατικό / Describe in detail how the incident occurred:

.....

.....

.....

.....

.....

Υπήρχαν οποιαδήποτε σήματα / πινακίδες που να εφιστούν την προσοχή στον κίνδυνο; / Were there any signs bringing attention to the danger? (Εάν 'ΝΑΙ' επισυνάψετε φωτογραφίες / If 'Yes' please attach photos)

.....

Σε ποιο υπεύθυνο πρόσωπο αναφέρθηκε το περιστατικό και πότε; / To whom was the incident reported and when?

Αυτόπτες Μάρτυρες / Witnesses (Δηλώστε ονόματα και τηλέφωνα νοουμένου ότι έχετε τη συγκατάθεσή τους / State names and telephones provided that you have their consent):

1.

2.

Γ. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΟΥ / INJURIES TO THIRD PARTY

Όνομα / Name: Τηλ / Tel:

Επάγγελμα / Occupation: Ηλικία / Age:

Υπό ποια ιδιότητα ο/η τραυματισμένος/η βρισκόταν στην περιουσία σας; / In what capacity was the injured person in your premises?

Δώστε λεπτομέρειες των τραυμάτων / Give details of the injuries:

.....
.....

Έλαβε ιατρική περίθαλψη / Has the injured person received medical treatment? (Εάν 'ΝΑΙ' δηλώστε σε ποιο Νοσηλευτικό Κέντρο / If 'YES' state the name of the Medical center)

.....
.....

Δ. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΡΙΤΟΥ / DAMAGE TO THIRD PARTY PROPERTY

Όνομα Ιδιοκτήτη Περιουσίας / Name of Property Owner:

Δ/ση / Address: Τηλ / Tel:

Περιγραφή της Περιουσίας / Description of the Property:

.....

Πόσο εκτιμάτε το ύψος της ζημιάς / How much do you estimate the damage?

.....

Ε. ΣΧΟΛΙΑ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / COMMENTS - REMARKS

Υπό τις συνθήκες που έγινε το περιστατικό θεωρείτε ότι έχετε οποιαδήποτε ευθύνη για τον τραυματισμό/ζημιά και γιατί; / Considering the circumstances of the incident do you think that you are in any way liable for the injuries/damage and why?

.....
.....

Έχει υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας από τον τραυματία / ιδιοκτήτη της περιουσίας; / Has any claim been made from the injured person or the owner of the property? (Εάν 'ναι' δώστε λεπτομέρειες / If 'YES' state details)

.....
.....

Ημερομηνία / Date:

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of Insured

*(και σφραγίδα σε περίπτωση νομικής οντότητας /
and Company seal in case of legal entity)*

.....

Όνομα υπογράφοντα / Name of Signatory:

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

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

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.