

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ :

A. Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Όνομα :

Τηλ: Ηλεκτρονική δ/νση:

Φύση Εργασιών:

Άτομο για επαφή :

B. ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ημερομηνία : Ώρα :

Τοποθεσία :

Περιγράψτε 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

Όνομα: Τηλ:

Επάγγελμα: Ηλικία:

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

.....

Δώστε λεπτομέρειες των τραυμάτων :

.....

.....

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

.....

Δ. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΡΙΤΟΥ

Όνομα Ιδιοκτήτη Περιουσίας :

Δ/ση : 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.