



**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ / ΟΔΗΓΩΝ**  
**CLAIM FORM PERSONAL ACCIDENT / DRIVERS**

Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No: .....

**ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / INSURED**

Όνομα / Name: ..... ΑΔΤ / ID No.: .....

Διεύθυνση / Address: .....

Τηλέφωνο / Telephone No.: ..... Φαξ / Fax No.: .....

Ηλεκτρονική Δ/νση / E-mail address: .....

**ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / THE ACCIDENT**

Ημερομηνία και ώρα / Date and time: .....

Τόπος ατυχήματος / Place of accident: .....

Περιγράψτε λεπτομερώς πως έγινε το ατύχημα / Describe in detail the circumstances of the accident:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Στοιχεία επικοινωνίας αυτοπτών μαρτύρων / Contact details of eye-witnesses:

1. .... 2. ....

Εάν ο τραυματισμός συνέβη σε τροχαίο δυστύχημα δηλώστε τα στοιχεία των εμπλεκόμενων οχημάτων και των ασφαλιστικών τους εταιρειών / If the injury was the result of a road accident give details of the vehicles involved and their insurance companies .....

.....

**ΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ / INJURED PERSON**

Όνομα / Name: ..... ΑΔΤ / ID No.: .....

Ηλικία/Age: ..... Επάγγελμα/Occupation: .....



Διεύθυνση κατοικίας / Home Address: .....

Τηλέφωνο / Telephone No.: .....

Διεύθυνση Εργασίας / Work Address: .....

Εβδομαδιαίες απολαβές κατά το ατύχημα / Weekly wages on date of accident: € .....

**ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ / BODILY INJURY**

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

.....  
.....  
.....  
.....

Όνομα νοσηλευτικού κέντρου και θεράποντα ιατρού / Name of hospital and treating doctor:

.....

Ιατρική θεραπεία που χορηγήθηκε / Medical treatment offered:

.....

Πότε αναμένεται ο τραυματισθείς να επιστρέψει στην εργασία του; / When is the injured person expected to resume his work? .....

Δηλώστε που και πότε θα μπορούσε να επισκεφθεί τον τραυματία ιατρός ή άλλο εξουσιοδοτημένο πρόσωπο εκ μέρους της Εταιρείας / State where and when a doctor or other authorised person on behalf of the Company could visit the injured person .....

Δηλώστε τη χρονική περίοδο της ολικής ή μερικής ανικανότητας για εργασία / State the period of total or partial disablement for work:

Ολική ανικανότητα/Total disablement	από/from ..... μέχρι/to .....	..... μέρες/days
Μερική ανικανότητα/Partial disablement	από/from ..... μέχρι/to .....	..... μέρες/days



**ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / GENERAL INFORMATION**

Είχατε άλλα ατυχήματα στο παρελθόν;/Did you have any other accidents in the past? ΝΑΙ/YES  ΟΧΙ/NO

Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες/If 'yes', give details:.....

Εισπράξατε οποιαδήποτε αποζημίωση από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία λόγω ατυχήματος /Have you received any compensation from any other insurance company after an accident?

ΝΑΙ/YES  ΟΧΙ/NO  Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες / If 'YES' give details

.....

Είστε ασφαλισμένος για Προσωπικά Ατυχήματα και σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία; / Are you also insured for Personal Accidents with other insurance companies? ΝΑΙ/YES  ΟΧΙ/NO

Αν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες / If 'YES' give details .....

Ημερομηνία / Date .....

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / SOLEMN DECLARATION**

Δηλώνω/Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή./ I/WE solemnly declare that all information given above is true and accurate.

**Υπογραφή Ασφαλισμένου/Signature of Insured**  
(και σφραγίδα σε περίπτωση νομικής οντότητας)

**Υπογραφή Τραυματία/Signature of Injured Person**

.....

.....

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ / IMPORTANT NOTICE:**

Παραλαβή του Εντύπου αυτού από την Εταιρεία, δεν συνεπάγεται αποδοχή οποιασδήποτε ευθύνης δυνάμει του Ασφαλιστηρίου/Receipt of this Form by the Company does not constitute an admission of liability under the Policy.

**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.gic.com.cy](http://www.gic.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 – 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.gic.com.cy](http://www.gic.com.cy). If you do not have access to the internet, please contact us and we will send you a printed copy.