

Έντυπο Απαίτησης Προσωπικών Ατυχημάτων

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε όλες τις πιο κάτω ερωτήσεις όσο πληρέστερα μπορείτε. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός χρησιμοποιείτε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού.

Αρ. Απαίτησης
(για χρήση από την Εταιρεία μόνο)

Ο Ασφαλισμένος

| | |
|--------------------|-------------------|
| Αρ. Ασφαλιστηρίου | Ημερ. Ανανέωσης |
| Πλήρες Όνομα | |
| Επάγγελμα | Ημερ. Γεννήσεως |
| Διεύθυνση Οικίας | |
| Αριθμός Ταυτότητας | Τηλέφωνο Οικίας |
| Διεύθυνση Εργασίας | Τηλέφωνο Εργασίας |

Ο Τραυματισμένος

| | |
|---|---------------|
| Όνομα | Ηλικία |
| Διεύθυνση Οικίας | Τηλ. Οικίας |
| Διεύθυνση Εργασίας | Τηλ. Εργασίας |
| Επάγγελμα/Εργασία/Απασχόληση (δώστε λεπτομερή στοιχεία) | |
| Εβδομαδιαίες απολαβές κατά την ημέρα του ατυχήματος | |

Το Ατύχημα

| | |
|-----------------------|-----|
| Ημερομηνία Ατυχήματος | Ωρα |
| Τοποθεσία | |
| Περιγραφή Ατυχήματος | |

Αν ο τραυματισμός συνέβηκε σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα, δηλώστε

Ενεχόμενα Οχήματα

Ενεχόμενες Ασφαλιστικές Εταιρείες

Λεπτομέρειες Τραυμάτων

Περιγράψτε τη φύση και έκταση των τραυμάτων που έχετε υποστεί και επισυνάψτε τα σχετικά πιστοποιητικά

Στοιχεία θεράποντα γιατρού

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Πότε κατά την γνώμη του γιατρού σας θα επιστρέψετε στην εργασία σας;

Δηλώστε τη χρονική περίοδο για:-

Ολική ανικανότητα για εργασία

Από:

Μέχρι:

Αρ. Ημερών:

Μερική ανικανότητα για εργασία

Από:

Μέχρι:

Αρ. Ημερών:

Είχατε άλλα ατυχήματα;

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες

Εισπράξατε οποιαδήποτε αποζημίωση από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία λόγω ατυχήματος;

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε τα ακόλουθα:

| Ποσό Αποζημίωσης | Περίοδος ολικής ανικανότητας για εργασία | Ασφαλιστική Εταιρεία |
|------------------|--|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Είστε ασφαλισμένος έναντι των κινδύνων Προσωπικών Ατυχημάτων και σε άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία;

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε τα ακόλουθα:

| Ασφαλιστική Εταιρεία | Περίοδος Ασφάλισης | Ασφαλισμένο Ποσό |
|----------------------|--------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση οποιωνδήποτε ατόμων που υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες του ατυχήματος:

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Όνομα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Δήλωση

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους πιο πάνω τραυματισμούς και βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθείς. Συμφωνώ ότι αν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμα μου για αποζημίωση θα χαθεί πλήρως.

Συμφωνώ να παρέχω στην Commercial General Insurance Ltd (CGI) δεδομένα και πληροφορίες τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη για την αξιολόγηση της απαίτησής μου από την CGI και/ή από οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο με το οποίο η CGI συνεργάζεται. Τα προσωπικά μου δεδομένα που συλλέγονται από την CGI είναι τα εντελώς συναφή και απαραίτητα για τους σκοπούς εξέτασης της απαίτησής μου βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία των Δεδομένων (GDPR) και την οποιαδήποτε συναφή νομοθεσία. Περαιτέρω, αναγνωρίζω το δικαίωμα της CGI να διαβιβάσει τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους, στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος, νοουμένου ότι η CGI έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για να διασφαλίσει ότι τα άτομα αυτά ακολουθούν τις πρόνοιες του GDPR σε σχέση με την ασφαλή επεξεργασία προσωπικών δεδομένων.

Αντιλαμβάνομαι επίσης πως στην περίπτωση κατά την οποία χρειάζομαι να λάβω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μπορώ να επικοινωνήσω με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI στην Διεύθυνση Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ' 101, 1071, Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο DPO@cgi.com.cy ή να ανατρέξω στην δήλωση απορρήτου της CGI, η οποία βρίσκεται στην ιστοσελίδα <http://www.cgi.com.cy>.

Περαιτέρω, εξουσιοδοτώ τις Αρχές όπως την Αστυνομία και/ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση στην CGI, εφ' όσον αυτές ζητηθούν από την CGI για το σκοπό της αξιολόγησης της απαίτησής μου.

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____