

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ / CLAIM FORM

Σε σχέση με ατύχημα στο οποίο εμπλέκεται όχημα με αλλοδαπές πινακίδες εγγραφής και / ή έχει κάλυψη κάτω από Πράσινη Κάρτα
In relation to accident involving vehicle bearing foreign registration plates and / or having a Green Card cover

1. ΑΠΑΙΤΗΤΗΣ/ CLAIMANT

Επίθετο / Surname: Όνομα /Name:

Διεύθυνση / Address:

Τηλ. Οικίας / Tel. Home No.: Τηλ. Εργασίας / Tel. Business No.:

Ημερομηνία Γέννησης /Date of Birth: Επάγγελμα / Occupation:

Εγγεγραμμένος στο Φ.Π.Α./ V.A.T. Registered: ΝΑΙ/ YES ΟΧΙ/ NO

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΙΕΣ ΟΔΗΓΟΥ ΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ PARTICULARS OF DRIVER OF YOUR VEHICLE AT THE TIME OF ACCIDENT

Όνομα Οδηγού / Driver's Name:

Ημερομηνία Γέννησης /Date of Birth: Επάγγελμα / Occupation:

Διεύθυνση / Address:

Τηλ. Οικίας / Tel. Home No.: Τηλ. Εργασίας / Tel. Business No.:

Άδεια / Licence: Πλήρης / Full Μαθητική / Provisional Χρόνια Κατοχής Άδειας / No. of years licence held:

3. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΣΑΣ / PARTICULARS OF YOUR VEHICLE - INSURERS

Αρ. Εγγραφής / Reg. Number: Κατασκευή / Make: Τύπος / Model:

Το όχημα ανήκει σ' εσάς; / Are you the owner of the vehicle? ΝΑΙ/ YES ΟΧΙ/ NO

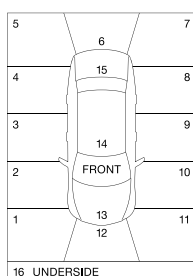
Αν όχι, σε ποιον ανήκει; / If not, who is the owner?
.....

Αν το όχημα είναι ασφαλισμένο αναφέρετε το όνομα και τη διεύθυνση του Ασφαλιστή / If the vehicle is insured please mention Insurer's Name and address.
.....

Αριθμός Ασφαλιστηρίου ή άλλου Ασφαλιστικού Εγγράφου / Policy No. or other Insurance document
.....

Τύπος κάλυψης / Type of Cover: Έναντι του Νόμου / Act of law Περιεκτική / Comprehensive

4. ΖΗΜΙΕΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΠΑΙΤΗΤΗ/ DAMAGES TO THE CLAIMANT'S VEHICLE



Σημείωσε τις ζημιές στο σχεδιάγραμμα/ Indicate the damages on the sketch:
Α = ελαφρές/slight
Β = μέτριες/moderate
Γ = σοβαρές/serious
Δ = πολύ σοβαρές/very serious

Ζημιές του οχήματος με λεπτομέρεια/ Give details of the damage to the vehicle:
.....

Υπολογιζόμενο κόστος επιδιόρθωσης/ Estimated cost of repair: €

Πού βρίσκεται το όχημα για σκοπούς επιθεώρησης; (Τόπος & Τηλέφωνο) / Where is the vehicle situated for inspection purposes? (Place & Tel. no.):

| 5. ΛΕΠΤΟΜΕΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / DETAILS OF ACCIDENT | | | |
|---|---|---|---|
| Τόπος Ατυχήματος / Place of Accident: | | | |
| Ημερομηνία Ατυχήματος / Date of Accident: | Ώρα / Time: <input type="checkbox"/> π.μ. / a.m. <input type="checkbox"/> μ.μ. / p.m. | <input type="checkbox"/> Φως / Daylight <input type="checkbox"/> Σκότος / Dark | Οδικός Φωτισμός / Street Lights: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> Επαρκής / Good <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/> Ανεπαρκής / Poor |
| Υπήρχε όριο ταχύτητας; / Was there a speed limit? | Καιρικές Συνθήκες / Weather Conditions: | Κατάσταση Δρόμου / Road Condition: <input type="checkbox"/> Βρεγμένος / Wet <input type="checkbox"/> Ξηρός / Dry <input type="checkbox"/> Παγωμένος / Icy | |
| Η Αστυνομία επισκέφθηκε τη σκηνή; / Did the Police attend the scene? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO | | Αναφορά ή όνομα ερευνώντα Αστυνομικού / Reference of name of reporting Officer: | |
| Το ατύχημα καταγγέλθηκε στην Αστυνομία; / Was the accident reported to the Police? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO | | Κατέχετε αντίγραφο Αστυνομικής Έκθεσης; / Do you have a copy of the Police Report? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO | |
| Αν ναι, Διεύθυνση Αστυνομικού Σταθμού / If yes, address of Police Station | | | |

| 6. ΛΕΠΤΟΜΕΡΙΕΣ ΑΛΛΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ / DETAILS ON OTHER VEHICLES INVOLVED | | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Όχημα 1 / Vehicle 1 | | | Όχημα 2 / Vehicle 2 | | |
| Αρ. Εγγραφής / Reg. Number: | Τύπος Οχήματος / Type of Vehicle: | Χρώμα / Colour: | Αρ. Εγγραφής / Reg. Number: | Τύπος Οχήματος / Type of Vehicle: | Χρώμα / Colour: |
| Μάρκα Οχήματος / Make & Model: | | | Μάρκα Οχήματος / Make & Model: | | |
| Χώρα Εγγραφής / Country of Registration: | | | Χώρα Εγγραφής / Country of Registration: | | |
| Όνομα Οδηγού / Driver's Name: | | | Όνομα Οδηγού / Driver's Name: | | |
| Διεύθυνση Οδηγού / Driver's Address: | | | Διεύθυνση Οδηγού / Driver's Address: | | |
| Τηλέφωνο / Telephone no.: | | | Τηλέφωνο / Telephone no.: | | |
| Όνομα Ιδιοκτήτη / Name of Owner: | | | Όνομα Ιδιοκτήτη / Name of Owner: | | |
| Διεύθυνση Ιδιοκτήτη / Owner's Address: | | | Διεύθυνση Ιδιοκτήτη / Owner's Address: | | |
| Τηλέφωνο / Telephone no.: | | | Τηλέφωνο / Telephone no.: | | |
| Σύντομη περιγραφή της ζημιάς που προκλήθηκε / Brief description of damage caused: | | | Σύντομη περιγραφή της ζημιάς που προκλήθηκε / Brief description of damage caused: | | |
| Ασφαλιστές / Insurers: | | | Ασφαλιστές / Insurers: | | |
| Έχει παρουσιαστεί Πράσινη Κάρτα; / Was a Green Card presented? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες της κάρτας / If yes, please provide the card's details: | | | Έχει παρουσιαστεί Πράσινη Κάρτα; / Was a Green Card presented? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες της κάρτας / If yes, please provide the card's details: | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 7. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ / PERSONAL INJURIES | | | |
| Έχει οποιοσδήποτε υποστεί σωματικές βλάβες; / Has anybody suffered bodily injuries? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO | | | |
| Εάν ΝΑΙ δηλώστε / If YES state: | | | |
| 1. Όνομα προσώπου που τραυματίστηκε / Name of person injured: | | 2. Όνομα προσώπου που τραυματίστηκε / Name of person injured: | |
| Ηλικία / Age: Φύλο / Sex: Επάγγελμα / Occupation: | Ηλικία / Age: Φύλο / Sex: Επάγγελμα / Occupation: | Ηλικία / Age: Φύλο / Sex: Επάγγελμα / Occupation: | Ηλικία / Age: Φύλο / Sex: Επάγγελμα / Occupation: |
| Διεύθυνση / Address: | | Διεύθυνση / Address: | |
| Τηλέφωνο Οικίας / Εργασίας/ Telephone No. Home: Business: | | Τηλέφωνο Οικίας / Εργασίας/ Telephone No. Home: Business: | |
| Σύντομη περιγραφή τραυμάτων / Brief description of injuries: | | Σύντομη περιγραφή τραυμάτων / Brief description of injuries: | |
| <input type="checkbox"/> Οδηγός / Driver <input type="checkbox"/> Επιβάτης / Passenger | <input type="checkbox"/> Πεζός / Pedestrian <input type="checkbox"/> Ποδηλάτης / Pedal Cyclist | <input type="checkbox"/> Οδηγός / Driver <input type="checkbox"/> Επιβάτης / Passenger | <input type="checkbox"/> Πεζός / Pedestrian <input type="checkbox"/> Ποδηλάτης / Pedal Cyclist |

| | |
|--|--|
| 8. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ (Αν δεν αφορά Όχημα) / DAMAGE TO PROPERTY (If not a Motor Vehicle) | |
| Υπάρχουν ζημιές σε άλλη περιουσία; / Is there any damage to other property? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO | |
| Εάν ΝΑΙ δηλώστε / If YES state: | |
| Είδος Περιουσίας / Type of Property: | |
| Διεύθυνση ή Τοποθεσία / Address or Location: | |
| Φύση Ζημιάς / Nature of Damage: | |
| Εκτίμηση κόστους επιδιόρθωσης (εσωκλείεται εκτίμηση) / Estimated cost for repairing (attached estimation): | |
| Ασφαλιστές / Insurers | Αριθμός Ασφαλιστηρίου/ Policy No. Reference of Insurers |

| | |
|---|---|
| 9. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΥΤΟΠΗ ΜΑΡΤΥΡΑ Ή ΜΑΡΤΥΡΩΝ / PARTICULARS OF EYE WITNESS OR WITNESSES | |
| Υπάρχουν ανεξάρτητοι μάρτυρες; / Is there any independent witness? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO | |
| Εάν ΝΑΙ δηλώστε / If YES state: | |
| ΜΑΡΤΥΡΑΣ 1 Όνομα / Name: | ΜΑΡΤΥΡΑΣ 2 Όνομα / Name: |
| Διεύθυνση / Address: | Διεύθυνση / Address: |
| Τηλέφωνο / Telephone No.: | Τηλέφωνο / Telephone No.: |

10. ΕΥΘΥΝΗ (Ποιόν θεωρείτε υπεύθυνο για το ατύχημα και γιατί;) /
RESPONSIBILITY (who do you consider responsible for the accident and why?)

11. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ / DESCRIPTION OF ACCIDENT

12. ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΦΗΜΑ ΣΚΗΝΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ /
SKETCH OF SCENE (please indicate direction of vehicle(s), road markings etc.)

13. ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ/ PAYMENT METHOD

Σας ενημερώνουμε ότι για λόγους ασφαλείας, σε περίπτωση πληρωμής μετά την εξέταση της απαίτησής σας, έχει αποφασιστεί όπως όλες οι πληρωμές γίνονται με απευθείας εμβάσματα στον τραπεζικό σας λογαριασμό.

We inform you that for security reasons, in case of any payment to be made after examining your claim, it has been decided that all payments, made by direct transfers to your bank account.

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε πιστοποιητικό IBAN/ Please attach an IBAN certificate

Υπογραφή/Signature:

Ημερομηνία/Date:

(Ιδιοκτήτης / Vehicle Owner)

Υπογραφή/Signature:

Ημερομηνία/Date:

(Οδηγός / Driver)

Σημείωση: Σε περίπτωση που η απαίτησή σας αφορά υλική ζημιά μηχανοκίνητου οχήματος, θα πρέπει απαραίτητα να υποβάλλεται συνημμένα και αντίγραφο του Τίτλου Ιδιοκτησίας.

Note: If your claim concerns material damage to motor vehicle, this must be accompanied by copy of the vehicle's Certificate of Ownership.



ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σκοπός συλλογής και επεξεργασίας

Το Ταμείο Ασφαλιστών Μηχανοκίνητων Οχημάτων («Ταμείο»), αντιπρόσωποι, σύμβουλοι του και εξωτερικοί συνεργάτες, στα πλαίσια της εξέτασης της απαίτησης σας για παροχή αποζημίωσης προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία κατηγορίες προσωπικών δεδομένων τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως νόμιμος κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις το Ταμείο θα διαβιβάσει τα προσωπικά σας δεδομένα σε χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας προσωπικών δεδομένων. Το Ταμείο θα λάβει μέτρα για να διασφαλίσει ότι τα προσωπικά δεδομένα τα οποία διαβιβάζονται υπόκεινται σε επαρκή προστασία. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι η συλλογή και επεξεργασία συγκεκριμένων κατηγοριών προσωπικών δεδομένων που είναι αναγκαία για την εξέταση απαιτήσεων από το Ταμείο. Σε περίπτωση μη παροχής της συγκατάθεσης σας ενδεχόμενα να μην είμαστε σε θέση να εξετάσουμε και να ικανοποιήσουμε την απαίτηση σας.

Ανάκληση Συγκατάθεσης

Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση σας μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Ζήνωνος Σώζου 23, 2 όροφος, Λευκωσία 1075, ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@mif.org.cy. Σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσης σας ενδεχόμενα να μην είμαστε σε θέση να εξετάσουμε και να ικανοποιήσουμε την απαίτηση σας.

Κατηγορίες Προσωπικών Δεδομένων

Το Ταμείο θα συλλέγει και θα επεξεργάζεται όπου απαιτείται για τους σκοπούς εξέτασης απαιτήσεων, τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων:

- Στοιχεία επικοινωνίας και αναγνώρισης απαιτητή (π.χ. ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, αριθμός τηλεφώνου).
- Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού απαιτητή/δικαιούχου (όνομα, αριθμός λογαριασμού, IBAN, όνομα τράπεζας κλπ).
- Πληροφορίες ασφαλιστικής κάλυψης απαιτητή (π.χ. ασφαλιστική εταιρεία, αρ. ασφαλιστηρίου κλπ).
- Στοιχεία οχήματος απαιτητή και/ή εμπλεκόμενων οχημάτων και/ή εμπλεκόμενων οδηγών (π.χ. αρ. εγγραφής, ονοματεπώνυμο ιδιοκτήτη, ονοματεπώνυμο οδηγού, κλπ).
- Δεδομένα υγείας απαιτητή (π.χ. τραυματισμοί, σωματικές βλάβες, ιατρικές γνωματεύσεις).
- Στοιχεία ατυχήματος (π.χ. ημερομηνία ατυχήματος, τόπος ατυχήματος κλπ).
- Στοιχεία και λεπτομέρειες ζημιών (π.χ. οχήματος, περιουσίας).
- Στοιχεία σχετικά με απαιτήσεις Πράσινης Κάρτας
- Στοιχεία ανεξάρτητων μαρτύρων (π.χ. ονόματα και διευθύνσεις κλπ)

Δήλωση Συγκατάθεσης

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τα οποία περιγράφονται πιο πάνω από το Ταμείο Ασφαλιστών Μηχανοκίνητων Οχημάτων για τους πιο πάνω αναφερόμενους σκοπούς.

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:



CONSENT FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

Purpose of collection and processing

The Motor Insurers' Fund ("MIF"), its agents, advisors and external service providers, in the context of examining your claim for damages intends to collect and process categories of personal data which concern you or concern children on behalf of which you consent as a legal guardian. In certain occasions the MIF will transfer your personal data to countries not providing an adequate level of protection to personal data. The MIF will take steps to ensure that personal data transferred is subject to appropriate safeguards. Please note that the collection and processing of certain categories of personal data is necessary for the examination of claims by the MIF. In case you do not provide your consent, we may not be able to examine and satisfy your claim.

Withdrawing your consent

In case you wish to withdraw your consent, you may inform us in writing at Zenonos Sozou 23, 2nd floor, Nicosia 1075, or by email at dpo@mif.org.cy. In case you withdraw your consent, we may not be able to examine and satisfy your claim.

Categories of Personal Data

The MIF will collect and process, the following categories of personal data where this is required for claim examination purposes:

- General identification and contact information of claimants (e.g. full name, address, telephone number).
- Bank account details of the claimant/beneficiary (name, account number, IBAN, name of the bank etc).
- Details of the claimant's insurance policy (e.g. insurance company, insurance policy number, etc).
- Details of the claimant's vehicle and/or vehicles involved and/or drivers involved (e.g. license plates, name and surname of the owner, name and surname of the driver etc).
- Health related data of the claimant (e.g. personal injury, medical reports).
- Details of the accident (e.g. date of the accident, location of the accident etc).
- Details and particulars of damages (e.g. vehicle, property)
- Details in relation to Green Card claims
- Details of independent witnesses (e.g. names and addresses etc)

Declaration of Consent

I have read the content of this form and consent to the collection and processing of the personal data described above by the Motor Insurers' Fund for the above mentioned purposes.

Full Name:

Signature:

Date: