

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ
 TRAVEL CLAIM FORM**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / POLICY NO:

Απαντήστε πλήρως τις ερωτήσεις στο μέρος το οποίο σχετίζεται με την απαίτηση σας. Σε περίπτωση απαίτησης για προσωπικό ατύχημα ή προσωπική ευθύνη, ζητήστε από εμάς ξεχωριστό έντυπο. Παρακαλούμε χρησιμοποιείτε κεφαλαία γράμματα κάνοντας ξεκάθαρες δηλώσεις και μην αφήνετε κενά. Η παραλαβή του έντυπου απαίτησης από την Εταιρεία δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης δυνάμει του Ασφαλιστηρίου.

Answer fully the questions in the section that is relevant to your claim. In case of a claim for personal accident or personal liability, request from us a separate form. Please use capital letters using clear statements and do not leave blanks. Acceptance of the claim form by the Company does not constitute acceptance of liability under the policy.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS

Πλήρες Όνομα/ Επωνυμία Εταιρείας
 Full Name/ Company Name

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου / Αρ. Εγγραφής ID Card No. / Passport No. / Registration No.	Ημερ. Γέννησης Date of Birth / /
--	---------------------------------	-----------------------

Διεύθυνση Αλληλογραφίας Correspondence Address	Επαρχία District	Ταχ. Κώδικας Postal Code
---	---------------------	-----------------------------

Άτομο Επικοινωνίας και Τηλέφωνο Contact Person and Telephone	Ηλ. Ταχυδρομείο E-mail
---	---------------------------

2. ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ / MEDICAL EXPENSES

Δώστε λεπτομέρειες του τραυματισμού ή της ασθένειας που υποστήκατε και τη θεραπεία που λάβατε, κατάσταση των εξόδων και επισυνάψτε αποδείξεις / Give details of the injury or illness you have suffered and the treatment you received, a statement of expenses and attach any related receipts.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Δηλώστε το νοσηλευτικό κέντρο και τον ιατρό που σας περιέθαλψε / State the name of the medical center and the treating doctor.

.....

Υποφέρατε στο παρελθόν από την ίδια ασθένεια; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Have you ever suffered from the same illness before? If yes, give details.

Ναι/Yes Όχι/No

.....

.....

3. ΑΠΟΣΚΕΥΕΣ, ΧΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ / BAGGAGE, MONEY AND TRAVEL DOCUMENTS

Ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος
 Date and time of the accident / / 20..... , :

Τοποθεσία ατυχήματος
 Place of the accident

Περιγράψτε το συμβάν / Describe the incident.

.....

.....

Μονογραφή/Initials:

Υπήρχαν αυτόπτες μάρτυρες; Εάν ναι και εφόσον έχετε την συγκατάθεσή τους, παρακαλώ δηλώστε ονόματα και τηλέφωνα / Were there any eyewitnesses? If yes and provided that you have their consent, please state their names and telephone numbers.

Έχει καταγγελθεί το περιστατικό στην αστυνομία; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες και επισυνάψτε το αποδεικτικό / Was the accident reported to the police? If yes, give details and attach evidence.

Ναι/Yes Όχι/No

Έχει καταγγελθεί το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές του αεροδρομίου; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες και επισυνάψτε το αποδεικτικό / Was the accident reported to the competent airport authorities? If yes, give details and attach evidence.

Ναι/Yes Όχι/No

Περιουσία για την οποία υποβάλλεται η απαίτηση Property for which the claim is made	Ημερομηνία αγοράς και κατασκευής Date of purchase and manufacture	Τιμή Αγοράς Purchase Price	Αξία περιουσίας τη στιγμή της ζημιάς Value of property at the time of damage	Ποσό απαίτησης Claim Amount

4. ΑΚΥΡΩΣΗ ΤΑΞΙΔΙΟΥ / TRIP CANCELLATION

Παρακαλώ επισυνάψτε τα ακόλουθα έγγραφα / Please attach the following documents:

- Επιβεβαίωση κράτησης και ακύρωσης κράτησης από τον ταξιδιωτικό σας πράκτορα / Confirmation of the reservation and the booking cancellation from your travel agent
- Απόδειξη πληρωμής και απόδειξη επιστροφής χρημάτων / Proof of payment and proof of refund
- Ιατρικό πιστοποιητικό που αναφέρει την αιτία του τραυματισμού ή ασθένειας και επιβεβαίωση ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ταξιδέψει ή να συνεχίσει το ταξίδι του / Medical certificate stating the cause of the injury or illness and confirmation that the patient is unable to travel or continue travelling

5. ΆΛΛΕΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ / OTHER DETAILS

Υπάρχουν άλλες ασφαλίσεις που καλύπτουν το ίδιο περιστατικό; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Are there other insurances that cover the same incident? If yes, give details.

Ναι/Yes Όχι/No

Μονογραφή/Initials:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στο έντυπο απαίτησης αυτό είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραθέσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός.

DECLARATION

I hereby declare that whatever is stated in this claim form is absolutely true and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact.

Υπογραφή Ασφαλισμένου:

Ημερομηνία:

Signature of Insured:

Date:

7. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ / DATA PROTECTION

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία στοιχεία τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη και για αξιολόγηση από επαγγελματίες που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ο «ΓΚΠΔ») και τις συναφείς νομοθεσίες. Θα γίνει χρήση μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνομαι το δικαίωμα της Εταιρείας να παρέχει τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος. Στο βαθμό που η ATLANTIC ενεργεί ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της ATLANTIC.

Επίσης εξουσιοδοτώ την ATLANTIC να ζητήσει οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση από την Αστυνομία, την Πυροσβεστική Υπηρεσία, την Ηλεκτρομηχανολογική Υπηρεσία και τις Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Τέλος, δηλώνω και διαβεβαιώνω πως τυχόν προσωπικά δεδομένα άλλων ατόμων που δίνω για τους σκοπούς της παρούσας απαίτησης δίνονται με την προηγούμενη συγκατάθεση αυτών των ατόμων και αναλαμβάνω να τους ενημερώσω σχετικά, παρέχοντας τους όλες τις πιο πάνω πληροφορίες.

Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγίων μου και το έχω ελέγξει.

*** Η Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα μας www.atlantic.com.cy. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.**

At the claim of compensation stage, I undertake to provide to the Company with data that may be used as necessary proof and for evaluation by Professionals working with the Company, subject to the provisions of the General Data Protection Regulation EU 2016/679 (the «GDPR»), as amended. Data shall only be used if completely relevant and necessary for the purpose of evaluating a claim in the event that the Company considers that this is absolutely necessary in order to decide whether or not to pay compensation under the terms of my insurance policy and/or determine the amount of the indemnity.

Therefore, I acknowledge the Company's right to share my personal data with third parties to the extent required for the performance of a contract, due to legal obligations and legitimate interest. To the extent that ATLANTIC acts as the Controller, the processing of the data is confidential and will only take place under the control of ATLANTIC.

I further authorize ATLANTIC to request any information regarding this claim from the Police, the Fire Service, the Electromechanical Services and the Insurance Companies.

Finally, I declare and assure that any personal data of other persons that I give for the purposes of this claim are given with the prior consent of these persons and I undertake to inform them accordingly, providing them with all the above information.

This form has been completed by me and/or under my instructions and I have checked it.

*** The Personal Data Privacy Statement can be found on our webpage www.atlantic.com.cy. You may also contact us for a hard copy to be sent out.**

Συγκατατίθεμαι στη λήψη και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων / I hereby consent to the collection and processing of my personal data.

Όνοματεπώνυμο / Name and Surname:

Αρ. Ταυτότητας / ID Number:

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία / Date: / / 20.....