



Έντυπο Απαίτησης / Claim Form

Ασφαλιστήριο Προσωπικών Ατυχημάτων / Personal Accident Insurance

Σε περίπτωση οποιασδήποτε απαίτησης, παρακαλούμε όπως:

Instructions in case of an insured event:

- Συμπληρωθούν πλήρως, όλες οι ερωτήσεις του παρόντος Εντύπου Απαίτησης /
Please complete in full all relevant questions in this Claim Form
- Εάν χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετη σελίδα, βεβαιωθείτε όπως αυτή έχει υπογραφεί ξεχωριστά από εσάς /
If an additional page needs to be used, make sure it is signed or stamped separately from you
- Προσκομίσετε όλα τα απαραίτητα έγγραφα για τεκμηρίωση της απαίτησης σας /
Provide all necessary documents to substantiate your claim

Η παροχή ή αποδοχή αυτής της φόρμας δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης εκ μέρους της Εταιρείας /

The supply or acceptance of this form is not an admission of liability on the part of the Company

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία:

Company use only:

Αριθμός Απαίτησης / Claim Number			
Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number		Κωδικός Διαμεσολαβητή / Intermediary Code	

Σημειώσεις / Notes

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ /
MAIN INSURED'S DETAILS**

Όνοματεπώνυμο / Full Name			
Αριθμός Ταυτότητας / Identification			
Διεύθυνση / Address			
Διεύθυνση Ηλ. Ταχυδρομείου / Email Address			
Τηλέφωνο / Telephone No.		Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων / Social Insurance No.	
Επάγγελμα (Ακριβή Καθήκοντα) / Occupation (Exact Duties)			

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ /
DETAILS OF INJURED PERSON**

Όνοματεπώνυμο / Full Name			
Αριθμός Ταυτότητας / Identification			
Διεύθυνση / Address			
Διεύθυνση Ηλ. Ταχυδρομείου / Email Address			
Τηλέφωνο / Telephone No.		Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων / Social Insurance No.	
Επάγγελμα / Occupation			
Τηλέφωνο Εργασίας / Work Telephone No.			

**3. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ /
ACCIDENT DETAILS**

Ημερομηνία Ατυχήματος / Date of Accident		Ώρα Ατυχήματος / Accident Time	
Που έγινε το ατύχημα; / Where did the accident happen?			
Περιγράψτε με λεπτομέρεια πώς έγινε το ατύχημα / Describe in detail how the accident happened			

Δώστε τα ονόματα των ατόμων που ήταν παρόν κατά τη στιγμή του ατυχήματος /**Please provide information of any individual that witnessed the accident**

Όνοματεπώνυμο / Full Name		Τηλέφωνο / Telephone No.
Όνοματεπώνυμο / Full Name		Τηλέφωνο / Telephone No.

Δώστε το όνομα και την διεύθυνση του ιατρού ή της κλινικής/ιατρικού κέντρου που επισκεφθήκατε /**Provide the name and address of the doctor or the clinic/medical center you visited**

Όνομα / Name		Τηλέφωνο / Telephone No.
Διεύθυνση / Address		

Παραμείνατε κλινήρης; /

Did you remain bedridden?

Αν ΝΑΙ / If YES

Από / From Μέχρι / To

ΝΑΙ /

YES

ΟΧΙ /

NO

Εργαστήκατε κατά τη διάρκεια της άδειας σας έστω και μερικώς; /

Did you attend to your work during your leave, even partially

ΝΑΙ /

YES

ΟΧΙ /

NO

Πότε αναμένετε να αναλάβετε πλήρως τα καθήκοντα σας; /

When do you expect to fully resume your duties?

Εάν είστε εργοδοτούμενος, σας καταβαλλόταν οποιοσδήποτε μισθός από τον εργοδότη σας

κατα την περίοδο του τραυματισμού σας; /

If you are employed, were you paid any salary by your employer during the period of your injury?

Αν ΝΑΙ, τι ποσό; / If YES, what amount?

ΝΑΙ /

YES

ΟΧΙ /

NO

Έχετε οποιαδήποτε άλλη ασφάλεια για κάλυψη ατυχημάτων ή ασθενειών; /

Do you have any other insurance for accident or illness coverage?

**Αν ΝΑΙ, δώστε πληροφορίες (όνομα εταιρείας, αριθμό συμβολαίου, είδος κάλυψης, ποσά κάλυψης κτλ.) /
If YES, provide details (company name, policy number, type of coverage, coverage amounts, etc.)**

ΝΑΙ /

YES

ΟΧΙ /

NO

4. ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ /**PREFERRED PAYMENT METHOD****Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι / Please ✓ where appropriate**

Επιταγή / Cheque	Τραπεζικό Έμβασμα / Bank Transfer
---------------------	--------------------------------------

Στην περίπτωση τραπεζικού εμβάσματος, παρακαλούμε όπως παρέχετε τις πιο κάτω τραπεζικές λεπτομέρειες /**For bank transfers, please provide bank details below**

Όνομα του Κατόχου του Λογαριασμού όπως αυτό εμφανίζεται στην κατάσταση λογαριασμού σας / Name of Account Holder as it appears on your bank statement			
IBAN (εφαρμόζεται σε όλες τις πληρωμές σε Ευρώ) / IBAN (applicable for all EUR payments)			
Αριθμός λογαριασμού / Bank Account Number	Κωδικός SWIFT / SWIFT Code		
Κωδικός Παραρτήματος (Sort) / Sort/Branch Code			
Όνομα Τράπεζας/Τραπεζικού Ιδρύματος / Name of Bank/Financial Institution			

5. ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ / USE OF PERSONAL DATA

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Για να είμαστε σε θέση να χειριστούμε οποιαδήποτε απαίτηση, θα πρέπει εμείς και/ή συνεργάτες μας όπως αντασφαλιστές, εταιρεία διαχείρισης απαιτήσεων, ασφαλιστική σύμβουλοι κτλ να επεξεργαστούμε κατηγορίες προσωπικών δεδομένων, οι οποίες υπόκεινται σε επιπρόσθετη προστασία σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως αρχεία ιατρικού ιστορικού και άλλα ιατρικά δεδομένα. Για αυτή την επεξεργασία, η συγκατάθεσή σας είναι απαραίτητη. Στην περίπτωση όπου τα προσωπικά δεδομένα αφορούν εξαρτώμενο σας πρόσωπο, πρέπει να επιβεβαιώσετε ότι το εξαρτώμενο σας πρόσωπο συγκατατίθεται στην κοινοποίηση των προσωπικών του δεδομένων από εσάς προς εμάς και/ή συνεργάτες μας.

Τα προσωπικά σας δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς για τους οποίους έχουν συλλεχτεί αρχικά. Τα προσωπικά δεδομένα θα φυλαχτούν σε βάση δεδομένων που διατηρεί η Κόσμος Ασφαλιστική όπως και σε βάση δεδομένων που διατηρούν συνεργάτες μας που ασχολούνται με την διαχείριση απαιτήσεων. Τα δεδομένα θα επεξεργάζονται πάντοτε σύμφωνα με την πολιτική προσωπικών δεδομένων της Κόσμος Ασφαλιστική, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.cosmosinsurance.com.cy/privacy-policy/. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Εταιρείας, αποστέλλοντας επιστολή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση DPO@cosmosinsurance.com.cy ή αποστέλλοντας επιστολή στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην διεύθυνση Cosmos Tower, Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία, Κύπρος.

Παρακαλείστε όπως σημειώσετε το πιο κάτω κουτάκι προς επιβεβαίωση της συγκατάθεσής σας:

Συγκατατίθεμαι ρητά στην επεξεργασία από την Κόσμος Ασφαλιστική κατηγοριών προσωπικών δεδομένων που αφορούν εμένα ή εξαρτώμενα μου πρόσωπα, τα οποία τυγχάνουν επιπρόσθετης προστασίας σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως αρχεία ιατρικού ιστορικού και άλλα ιατρικά δεδομένα.

Επίσης, εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς ή/και άλλα πρόσωπα τα οποία με περιέθαλψαν και όλα τα νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα ή άλλη σχετική με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία

Έχω δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή. Εν τούτοις, αν αποσύρω τη συγκατάθεση μου, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητα της Εταιρείας να παρέχει ασφάλιση ή να πληρώνει απαιτήσεις.

6. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ/ DECLARATION

Με την υπογραφή μου βεβαιώνω ότι η υποβληθείσα απαίτηση δεν περιέχει ψευδείς, παραπλανητικές ή ελλιπείς πληροφορίες. Κατανοώ ότι η Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ (η «Εταιρεία») δεν θα καταβάλει καμία αποζημίωση σε σχέση με απαίτηση η οποία είναι εν μέρει ή εξ' ολοκλήρου, δόλια ή σκόπιμα υπερβολική ή εάν για την απαίτηση αυτή έχουν χρησιμοποιηθεί ψευδή μέσα/τρόποι/παραστάσεις.

Περαιτέρω, κατανοώ πως στην περίπτωση όπου η Εταιρεία έχει διευθετήσει την απαίτηση μου πριν από την ανακάλυψη της δόλιας πράξης ή παράλειψής, το ποσό που μου έχει καταβληθεί καθίσταται άμεσα επιστρεπτέο και πως δόλια απαίτηση δύναται να οδηγήσει σε ποινική δίωξη.

Ημερομηνία /
Date _____

PRIVACY INFORMATION

In order to manage a claim, Cosmos Insurance and its associates such as Re-insurers, Third Party Claims Administration companies, insurance intermediaries etc. may need to process categories of personal data which have additional protection under provisions of the Law 125(I) 2018 such as medical records and other medical information. Your consent to this processing is necessary to achieve this. If the personal data relates to one of your dependents, you must also confirm their agreement to you sharing their personal data with Cosmos Insurance and its associates.

The personal data will be used only for the purposes for which it was collected. The personal data will be stored in Cosmos Insurance databases and also in the database of its associates who assist in claims handling (Third Party Claims Administration). The data will always be processed in accordance with Cosmos's privacy policy, available at www.cosmosinsurance.com.cy/en/privacy-policy/. If you require any further information please contact Data Protection Officer by emailing DPO@cosmosinsurance.com.cy or writing to the Data Protection Officer, Cosmos Tower, 46 Griva Digeni Avenue, 1080 Nicosia, Cyprus.

Please indicate your consent by ticking the box below:

I expressly consent to Cosmos Insurance processing categories of personal data about me and/or my dependents which have additional protection under data protection law, such as medical records and other medical information.

I also authorize all physicians and/or other persons who treated me, as well as all hospitals or other institutions or insurance companies, to provide complete information regarding the present or any other claim related to this, as requested by the Company.

I may withdraw my consent at any time. However, if my consent is withdrawn, this may impact the company's ability to provide insurance or pay claims.

By signing, I confirm that the submitted claim does not contain any false, misleading, or incomplete information. I understand that Cosmos Insurance Company Public Ltd (the "Company") will not pay any compensation in relation to a claim that is, in part or in whole, fraudulent or intentionally exaggerated, or if false means/methods/representations have been used for this claim.

Furthermore, I understand that if the Company has settled my claim before the discovery of the fraudulent act or omission, the amount paid to me becomes immediately refundable, and a fraudulent claim may lead to criminal prosecution.

Υπογραφή & Επίσημη σφραγίδα (εαν αφορά νομική οντότητα) /
Signature & Official stamp (in case of a legal entity)