

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις τις σχετικές με την αίτησή σας. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιείστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού / We would kindly advise you that you answer all questions in detail that are relative to your claim. Where there is not enough space present or you wish to add extra details please use a separate sheet.

Ο Ασφαλισμένος / The Insured

Αριθμός Ασφαλιστήριου / Policy Number: _____ Ημερομηνία Ανανέωσης / Renewal Date: _____

Πλήρες όνομα / Full Name: _____ Ημερ. Γέννησης / D.O.B.: _____

Επάγγελμα / Occupation: _____ Αρ. Ταυτότητας / I.D. No.: _____ Τηλ. Κινητό / Mobile No.: _____

Διεύθυνση Οικίας / Home Address: _____ Τ.Κ. / Post Code: _____ Τηλ. Οικίας / Home No.: _____

Διεύθυνση Εργασίας / Work Address: _____ Τ.Κ. / Post Code: _____ Τηλ. Εργασίας / Work Tel: _____

Όνομα Απαιτητή / Name of Claimant: _____ Ημερομηνία Γέννησης / D.O.B.: _____

Διεύθυνση Οικίας / Home Address: _____ Τ.Κ. / Post Code: _____ Τηλ. Οικίας / Home No.: _____

Επάγγελμα / Occupation: _____ Αριθμός Ταυτότητας / I.D.No: _____

Προσωπικό Ατύχημα / Personal Accident

Ημερομηνία Ατυχήματος /
Date of Accident

/ /

Ώρα /
Time

π.μ./μ.μ. / a.m./p.m.

Τοποθεσία /
Location

Περιγραφή Ατυχήματος / Description of Accident: _____

Μάρτυρες / Witness:

Όνομα / Name

Διεύθυνση / Address

Τηλέφωνο / Telephone

1. _____

2. _____

3. _____

Είναι ο απαιτητής ανίκανος για εργασία; / Is the claimant unable to work? NAI / YES OXI / NO

Αν ΝΑΙ, για ποια χρονική περίοδο; / If, YES for what period of time? _____

Πότε αναμένεται να επιστρέψει στην εργασία του ο απαιτητής; / _____

When is claimant expected to return to work?

Εβδομαδιαίες / Μηνιαίες απολάβες /
Weekly / Monthly earnings

€

Ιατρικά Έξοδα / Medical Expenses

Δώστε λεπτομέρειες του τραυματισμού ή της ασθένειας για το οποίο χρειάστηκε ιατρική παρακολούθηση / Give details of injury or illness which needed medical attention

Δώστε κατάσταση των εξόδων και επισυνάψτε σχετικές αποδείξεις / Give statement of expenses and attach any related evidence

Ιατρικές Λεπτομέρειες / Doctors Details:

Όνομα Θεράποντος Ιατρού / Doctors Name:

Διεύθυνση / Address

Κωδικός / Post Code

Τηλ / Tel

Υπέφερε ποτέ ο απαιτητής από την ίδια ασθένεια ή είχε υποστεί τον ίδιο τραυματισμό; Αν ΝΑΙ δώστε λεπτομέρειες / Has the claimant suffered from the same illness or had undergone the same injury? If YES, give details

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Όνομα οικογενειακού ιατρού του απαιτητή / Name of claimant's family doctor

Διεύθυνση / Address

Κωδικός / Post Code

Τηλ / Tel

Αρ. Ταυτότητας / I.D.No

Ημερ. Γέννησης / Date of Birth

Πότε τον επισκεφθήκατε για τελευταία φορά και για ποιο σκοπό; / When was your last visit and for what reason?

Αποσκευές / Baggage

Ημερομηνία Ατυχήματος / Date of Accident

Ώρα / Time

Τοποθεσία / Location

Περιγράψτε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες απωλέσθηκαν οι αποσκευές / Describe the conditions under which the baggage were lost

Μάρτυρες / Witness:

Όνομα / Name

Διεύθυνση / Address

Τηλέφωνο / Telephone

1. _____

2. _____

3. _____

Καταγγέλθηκε το περιστατικό στην αστυνομία; / Was incident reported to the police?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Αν ΟΧΙ, γιατί; / If NO, why?

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / If YES, give details

Έχετε αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές; / Have you reported the incident to the competent airport authorities? ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Αν ΝΑΙ, έχετε συμπληρώσει το σχετικό έντυπο; (Επισυνάψτε το) / If YES, have you completed the relevant document? (please attach)? ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Αν ΟΧΙ, γιατί; / If NO, why?

Αναφέρετε τη συνολική αξία των αποσκευών σας / State total value of baggage

Περιγραφή Απολεσθείσας Περιουσίας / Description of lost baggage

Ημερομηνία Αγοράς / Date of purchase

Ποσό Αγοράς / Purchase Cost

€

Αφαιρέτο ποσό για απόσβεση ή παλαίωση ή φυσική φθορά / Deductible amount for depreciation and/or aging and/or physical damage

€

Ποσό Απαίτησης / Cost of claim

€

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΕ) 2016/679.

Με βάση τις πρόνοιες του Πεδρί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperaInsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίσει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 στα οποία περιλαμβάνονται δεδομένα υγείας, είτε όχι, και τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υποβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε εύλογα χρονικά διαστήματα. Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτεινόμενα μέσω της παρούσας Πρότασης και εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης αίτησης.

Η Ypera θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της, με τους οποίους τηρούνται συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων της. Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπεύθυνου επεξεργασίας και μόνο κατ' ετολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια τους. Οποιοδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των περιπτώσεων όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

I. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ"

- Να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)
- Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματος σας.
- Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.
- Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν.
- Να λαμβάνετε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία έχετε παράγει σε υπεύθυνο επεξεργασίας σε αναννώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παρασχεθήκατε. Επίσης να ζητάτε την απευθείας διαβίβαση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από έναν υπεύθυνο επεξεργασίας σε άλλο, σε περίπτωση που αυτό είναι τεχνικά εφικτό.

Η άσκηση των πιο πάνω δικαιωμάτων σας θα γίνεται με γραπτό αίτημα σας προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεμοιότυπο 24 828290 ή στο email DPO@ypera.com.cy ή στην διεύθυνση Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα, με συστημένη επιστολή. Ο Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι υπόχρεος να σας απαντήσει εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του αιτήματός σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται λαμβανομένου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων σας. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πώς χρησιμοποιούμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβάζοντας την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας διαθέσιμη στο www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. ΑΡΝΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Σε άρνηση συγκατάθεσης σας στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, η Ypera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισης ή την πρόσθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τεματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει αίτηση για αποζημίωση σας.

III. ΔΗΛΩΣΗ

Έχω διαβάσει, ενημερωθεί και κατανοήσει πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση την υπογράφω δίδοντας την ρητή συγκατάθεση μου για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας συμφώνως του Νόμου και Κανονισμού (ΕΕ).

Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Όνοματεπώνυμο Αρ. Ταυτότητας Υπογραφή Ηλεκτρονική Υπογραφή Ημερομηνία

Προαιρετική συγκατάθεση για τη λήψη ενημερωτικού και/ή διαφημιστικού υλικού και/ή πληροφοριών για την ασφαλιστική σύμβαση και/ή συναλλαγή και/ή για την ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και για την προώθηση και πώληση υλικών και/ή άλλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την YperaInsuranceCo. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679.

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Ypera Insurance Co Ltd (hereafter Ypera), has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

The data Controller in the context of its activities will proceed with the fully or partially automated processing of personal data, as well as the non-automated processing of such data, whether they belong to the special categories of personal data (sensitive) of Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 which include health data, or not, and which are included and/or are to be included in a filing system that is relevant and will be limited to what is necessary for the purposes for which they are submitted and will be updates at reasonable intervals. The main purpose of the processing is to provide the services requested by the Proposer through this Proposal and, if any insurance policy is subsequently issued, to examine any claim submitted.

Ypera will transmit the personal data concerning you to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and/or protection of its legitimate interest, with which confidentiality agreements are observed for the performance of their duties. Data processing is confidential and as such will only be carried out by persons under the control of the Controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties, except in cases where the law allows and/or requires it and /or where there is any further express consent from you.

I. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON

- Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the processing based on your consent given prior to revocation).
- Receive a confirmation from the Controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the case, you also have the right to access and update this data upon your request.
- Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or duly complete your personal data.
- Request from the Controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or submitted, if you withdraw your consent, if you object to processing, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.
- Receive your personal data that you have provided to the Controller in a readable electronic form and forward them to another processor without objection from the Controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one Controller to another, if technically feasible.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 828290 or via email to DPO@ypera.com.cy or via registered mail at Medousis Street 2, 6059 Larnaca. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests. You can learn more about how we process personal data by reading our GDPR policy available at www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. REFUSAL OF CONSENT

Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Ypera Insurance Co Ltd will have the right to reject the insurance proposal or the additional act, since it will not be able to examine it or terminate the policy or reject a claim for compensation.

III. STATEMENT

I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name ID card Signature e-Signature Date

The declarant

Optional consent to receive information and/or promotional material and/or information about the insurance contract and/or transaction and/or the insurance company; as well as for the promotion and sale of materials and/or intangible goods and both services and remote services provided by Ypera Insurance Co Ltd.

I hereby explicitly declare that I agree to receive from me the above-mentioned information.

Optional consent to receive informative and/or advertising material and/or any other information about the insurance contract and/or transaction and/or about the insurance company, as well as for the promotion and sale of material and/or intangible products and goods & services remotely by Ypera Insurance Co Ltd

YES NO

Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

Δηλώνω ότι η πιο πάνω κατάθεση είναι πλήρη, αληθής και ακριβής και εξουσιοδοτώ την εταιρεία όπως αποταθεί για περισσότερες λεπτομέρειες στον ιατρό ή στην Αστυνομική Αρχή, αν τούτο χρειαστεί / I declare that all of the above stated information is complete, true and accurate and thus authorize the company to trace any further information/ details from the doctor or the Police Authority if required.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισμένου / Signature of Main Insured

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερομηνία / Date

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date