



## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Σε σχέση με ατυχήματα με ανασφάλιστα οχήματα (Να συμπληρώνεται από τον απαιτητή).

## CLAIM FORM

In relation to accidents involving uninsured vehicles (To be completed by the claimant).

### 1. ΑΠΑΙΤΗΤΗΣ/ CLAIMANT

- (I) Όνομα/ Name: ..... Επίθετο/ Surname: .....
- (II) Διεύθυνση/ Address: .....
- (III) Τηλ. Οικίας/ Tel. Home: ..... εργασίας/ business: ..... κινητό/ mobile: .....
- (IV) Ασφαλιστική εταιρεία/ Insurance company: .....
- (V) Αρ. ασφαλιστηρίου/ Policy no: .....
- (VI) Περίοδος κάλυψης από/ Period cover from: ..... μέχρι/ to: .....
- (VII) Τύπος κάλυψης (έναντι του νόμου/περιεκτική)/ Type of cover (act/comprehensive): .....
- (VIII) Έχετε αποζημιωθεί για τη ζημιά σας από την ασφαλιστική σας εταιρεία κάτω από περιεκτική κάλυψη;  
Have you been indemnified by your insurance company under a comprehensive cover?  ΝΑΙ YES  ΟΧΙ NO

### 2. ΟΧΗΜΑ ΑΠΑΙΤΗΤΗ/ CLAIMANT'S VEHICLE

- (I) Αρ. εγγραφής/ Reg. No.: ..... Τύπος/ Type: ..... Κατασκευή/ Make: .....
- (II) Όνομα ιδιοκτήτη/ Owner's name: .....
- (III) Όνομα οδηγού/ Driver's name: .....

### 3. ΑΤΥΧΗΜΑ/ ACCIDENT

- (I) Ημερομηνία ατυχήματος/ Date of accident: ..... Ώρα/ Time: .....
- (II) Τόπος ατυχήματος/ Place of accident: .....
- (III) Επισκέφθηκε η Αστυνομία τη σκηνή του ατυχήματος;/ Did the police visit the place of accident?  ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO
- Εάν ΝΑΙ/ If YES**
- Αρ. ερευνώντος αστυνομικού/ Number of investigating police officer: .....
- Όνομα ερευνώντος αστυνομικού/ Name of investigating police officer: .....
- Αστυν. Σταθμός/ Police Station: .....
- Εάν ΟΧΙ/ If NO**
- Πού το έχετε αναφέρει - δηλώσει;/ Where did you report the accident?: .....
- Αρ. ερευνώντος αστυνομικού/ Number of investigating police officer: .....
- Όνομα ερευνώντος αστυνομικού/ Name of investigating police officer: .....
- Αστυν. Σταθμός/ Police Station: .....
- (IV) Ποιό θεωρείτε υπαίτιο για το ατύχημα;/ Whom do you consider responsible for the accident?: .....
- (V) Υπάρχει απαίτηση από τον ανασφάλιστο προς εσάς;/ Is there a claim by the uninsured against yourself?  ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO

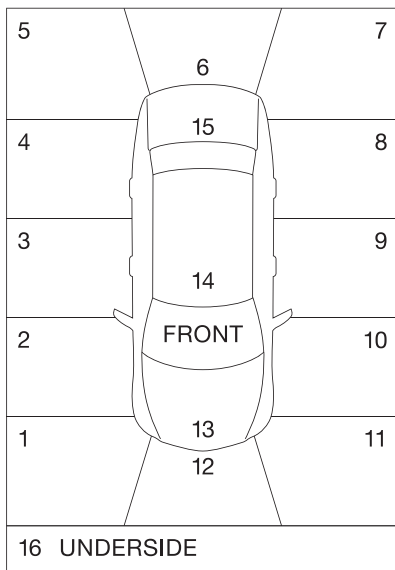
#### 4. ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟ ΟΧΗΜΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΟΣ/ UNINSURED VEHICLE AND DRIVER

- (I) Αρ. Εγγραφής οχήματος/ Reg. No. of vehicle: .....
- (II) Τύπος και κατασκευή οχήματος/ Type and make of vehicle: .....
- (III) Όνομα οδηγού/ Driver's name: .....
- (IV) Διεύθυνση/ Address: .....
- (V) Τηλ. Οικίας/ Tel. Home: ..... εργασίας/ business: ..... κινητό/ mobile: .....
- (VI) Όνομα ιδιοκτήτη/ Owner's name: .....
- (VII) Διεύθυνση/ Address: .....
- (VIII) Τηλ. Οικίας/ Tel. Home: ..... εργασίας/ business: ..... κινητό/ mobile: .....
- (IX) Υπήρχε οποιοδήποτε ασφαλιστήριο έγγραφο σε ισχύ σε σχέση με το όχημα;/ Was there a Policy of Insurance in force in relation to the vehicle?  
 ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO

**Εάν ΝΑΙ** δηλώστε/ **If YES** state:

- i) Όνομα ασφαλιστικής εταιρείας/ Name of insurance company: .....
- ii) Αρ. ασφαλιστηρίου/ Policy no.: .....
- iii) Για ποιό λόγο δεν καλύπτει η ασφαλιστική εταιρεία; (Αν γνωρίζετε)/ State the reason why the insurers do not cover? (If known):  
 .....  
 .....  
 .....

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



- (I) Σημείωσε τις ζημιές στο σχεδιάγραμμα/ Indicate the damages on the sketch:  
**A** = ελαφρές/slight  
**B** = μέτριες/moderate  
**Γ** = σοβαρές/serious  
**Δ** = πολύ σοβαρές/very serious

- (II) Ζημιές του οχήματος με λεπτομέρεια/ Give details of the damage to the vehicle:  
 .....  
 .....  
 .....

- (III) Υπολογιζόμενο κόστος επιδιόρθωσης/ Estimated cost of repair: € .....

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

**6. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ/ PERSONAL INJURIES**

(I) Έχει οποιοσδήποτε υποστεί σωματικές βλάβες;/ Has anybody suffered bodily injuries?  ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO

**Εάν ΝΑΙ** δηλώστε;/ **If YES** state:

(i) Ονόματα και διευθύνσεις τραυματισθέντων προσώπων και σωματικές βλάβες που έχουν υποστεί/  
Names and addresses of persons injured and bodily injuries suffered by them:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(ii) Όνομα και διεύθυνση Ιατρού ή Νοσοκομείου ή Κλινικής που έχουν μεταφερθεί/  
Name and address of Doctor, Hospital or Clinic where they have been transferred:

.....  
.....  
.....

**7. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ/ DAMAGE TO OTHER PROPERTY**

(I) Υπάρχουν ζημιές σε άλλη περιουσία;/ Is there any damage to other property?  ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO

**Εάν ΝΑΙ** δηλώστε;/ **If YES** state:

(I) Όνομα και διεύθυνση ιδιοκτήτη/ Name and address of owner:

.....  
.....  
.....

(II) Δώστε λεπτομέρειες της περιουσίας που υπέστη ζημιά και της ζημιάς που έχει γίνει/  
Give details of property damaged and damage caused:

.....  
.....  
.....

**8. ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ/ INDEPENDENT WITNESSES**

(I) Υπάρχουν ανεξάρτητοι μάρτυρες;/ Are there any independent witnesses?  ΝΑΙ/ YES  ΟΧΙ/ NO

**Εάν ΝΑΙ** δηλώστε;/ **If YES** state:

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις όλων των ανεξάρτητων μαρτύρων/ Give names and addresses of all independent witnesses:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**9. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ DESCRIPTION OF ACCIDENT**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**10. ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΦΗΜΑ/ SKETCH PLAN**

**ΓΝΩΡΙΖΩ ΕΠΙΣΗΣ** ότι το Ταμείο καλύπτει μόνο οτιδήποτε προνοείται από την Συμφωνία του με τον Υπουργό Οικονομικών, ότι η απαίτηση παραγράφεται αν δεν εγερθεί αγωγή μέσα σε περίοδο 3 ετών από την ημέρα του ατυχήματος και ότι το Ταμείο διατηρεί στοιχεία που μπορεί να χαρακτηριστούν ως στοιχεία προσωπικού χαρακτήρα.

**I ALSO UNDERSTAND** that the Motor Insurers' Fund covers whatever is provided under its Agreement with the Minister of Finance, that my claim shall be statute barred if no legal action is brought within 3 years from the date of the accident and that the Fund maintains data which can be considered as personal.

Ημερομηνία/Date: ..... Υπογραφή/Signature: .....

**Σημείωση:** Σε περίπτωση που η απαίτησή σας αφορά υλική ζημιά μηχανοκίνητου οχήματος, θα πρέπει απαραίτητα να υποβάλλεται συνημμένα και Τίτλος Ιδιοκτησίας, καθώς και το Πιστοποιητικό Ασφάλισης του οχήματος που ίσχυε κατά την ημέρα του ατυχήματος.

**Note:** If your claim concerns material damage to a motor vehicle, this must be accompanied by the vehicle's Certificate of Ownership as well as its Certificate of Insurance in force at the time of the accident.



## 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](mailto: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).
- 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](mailto: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).
- **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: .....