



ΤΑΜΕΙΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ
MOTOR INSURERS' FUND

TAMO B1/MAY18

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΕΥΘΥΝΗΣ ΟΔΗΓΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΑΓΝΩΣΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΜΕΡΟΣ Β' ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

APPLICATION FOR COMPENSATION DUE TO LIABILITY OF DRIVER OF UNKNOWN VEHICLE UNDER PART B' OF THE BASIC AGREEMENT BETWEEN THE FUND AND THE MINISTER OF FINANCE.

Για σωματικές βλάβες μόνο, εκτός αν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, οπότε καλύπτονται και υλικές ζημιές με αφαιρετέο ποσό τα €500.
Only for bodily injuries, except where under specific conditions cover is extended to cover property damage with an excess of €500.

Όνομα Δικηγόρου - Αιτητή / Lawyer's - Claimant's name:

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ GENERAL INFORMATION

Όνομα αιτητή/ Applicant's name: Επίθετο/Surname:

Διεύθυνση/ Address:

Ιδιότητα αιτητή/ Status of applicant: Τηλ./ Tel.:

Ημερομηνία ατυχήματος/ Date of accident: Ώρα ατυχήματος/ Time of accident:

Τόπος ατυχήματος/ Place of accident:

Όνομα ερευνώντος αστυνομικού/ Name of investigating police officer:

Αριθμός ερευνώντος αστυνομικού/ Number of investigating police officer:

Αστυνομικός σταθμός/ Police station:

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ/ LIABILITY OF THE UNKNOWN VEHICLE

Σημειώστε X σε ότι ισχύει/ Mark X as appropriate

Κτύπησε και εγκατέλειψε τη σκηνή/
Hit and run

Προσπάθεια αποφυγής ατυχήματος με άγνωστο/
Attempt to avoid collision with unknown vehicle

Ατύχημα από αμελή συμπεριφορά αγνώστου (που δεν εμπίπτει στις δύο πιο πάνω κατηγορίες)/
Accident caused by the negligent act of driver of unknown vehicle (not falling under the above two categories)

3. ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ/ INDEPENDENT WITNESSES

Υπάρχουν ανεξάρτητοι μάρτυρες;
Are there independent witnesses? ΝΑΙ YES ΟΧΙ NO

Εάν ΝΑΙ δηλώστε: Ονόματα και διευθύνσεις όλων των ανεξάρτητων μαρτύρων
If YES state: Names and addresses of all independent witnesses:

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

4. ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΟΥ ΕΣΩΚΛΕΙΟΝΤΑΙ/ DOCUMENTS ENCLOSED

Σημειώστε X σε ότι ισχύει/ Mark X as appropriate

Αστυνομική έκθεση/ Police report

Θανατική ανάκριση/ Inquest

Ιατρικά πιστοποιητικά/ Medical report(s)

Άλλα χρήσιμα έγγραφα/ Other useful documentation

5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ DESCRIPTION OF APPLICANT'S BODILY INJURIES

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

6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ/ DESCRIPTION OF ACCIDENT

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

7. ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΦΗ/ SKETCH PLAN

Δώστε τις τελικές θέσεις των οχημάτων, το σημείο σύγκρουσης, τις κατευθύνσεις των οχημάτων, ως επίσης και τα οδικά σήματα και ίχνη τροχοπέδησης των οχημάτων/ Indicate the final positions of the vehicles, the point of impact, the direction of the vehicles, as well as the traffic signs and the skid marks of the vehicles.

ΔΗΛΩΩ ΕΠΙΣΗΣ ότι γνωρίζω ότι το Ταμείο δεν καλύπτει τα πρώτα €500 για κάθε απαίτηση για υλική ζημιά.

I ALSO DECLARE that I am aware of the fact that the Fund does not cover the first €500 of each and every claim for damage to property.

Ημερομηνία/Date: Υπογραφή αιτητή/Signature:

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

Note: If your claim concerns also 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. 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. 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: