



# MOTOR INSURERS' FUND

TAMEION AΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

(Να συμπληρώνεται από τον απαιτητή)

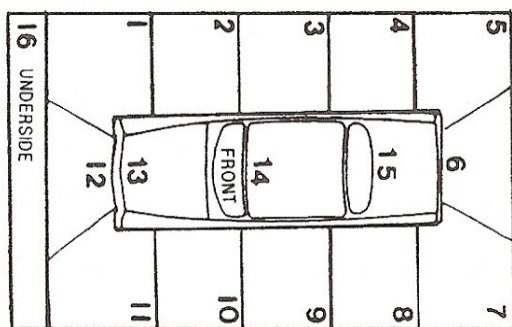
### 1. ΑΠΑΙΤΗΤΗΣ

- (α) Όνομα: .....
- (β) Διεύθυνση: .....
- (γ) Τηλ. οικίας: ..... εργασίας: .....
- (δ) Ασφαλιστική εταιρεία: .....
- (ε) Αρ. ασφαλιστηρίου: .....
- (στ) Ημερομηνία έναρξης: ..... λήξης: .....
- (ζ) Τύπος κάλυψης (έναντι του νόμου/περικτική): .....
- (η) Έχετε αποζημιωθεί για τη ζημιά σας από την ασφαλιστική σας εταιρεία κάτω από περικτική κάλυψη; ΝΑΙ/ΟΧΙ

### 2. ΟΧΗΜΑ ΑΠΑΙΤΗΤΗ

- (α) Αρ. εγγραφής: ..... (β) Τύπος: .....
- (γ) Κατασκευή: .....
- (δ) Όνομα ιδιοκτήτη: .....
- (ε) Όνομα οδηγού: .....

### 3. ΖΗΜΙΕΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΠΑΙΤΗΤΗ



- A → ελαφρές
- B → μέτριες
- Γ → σοβαρές
- Δ → πολύ σοβαρές

- (α) Ζημιές του οχήματος με λεπτομέρεια:  
.....  
.....  
.....
- (β) Πιθανόν κόστος επιδιόρθωσης: € .....
- (γ) Πού βρίσκεται το όχημα; (τόπος και τηλέφωνο)  
.....

#### 4. ΑΤΥΧΗΜΑ

- (α) Ημερομηνία ατυχήματος: ..... ώρα: .....
- (β) Τόπος ατυχήματος: .....
- (γ) Επισκέφθηκε η Αστυνομία τη σκηνή του ατυχήματος; ΝΑΙ/ΟΧΙ

##### Εάν ΝΑΙ

Αρ. αστυνομικού: .....

Όνομα αστυνομικού: .....

Αστυν. Σταθμός: .....

##### Εάν ΟΧΙ

Πού το έχετε αναφέρει/δηλώσει;

Αρ. αστυνομικού: .....

Όνομα αστυνομικού: .....

Αστυν. Σταθμός: .....

- (δ) Ποιό θεωρείτε υπαίτιο για το ατύχημα;  
.....
- (ε) Υπάρχει απαίτηση από τον ανασφάλιστο προς εσάς; ΝΑΙ/ΟΧΙ

#### 5. ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΚΑΙ ΟΧΗΜΑ

- (α) Όνομα οδηγού: .....
- (β) Διεύθυνση: .....
- (γ) Τηλ. οικίας: ..... εργασίας: .....
- (δ) Αρ. εγγραφής οχήματος: .....
- (ε) Τύπος και κατασκευή οχήματος: .....
- (στ) Όνομα ιδιοκτήτη: .....
- (ζ) Υπήρχε οποιοδήποτε ασφαλιστήριο έγγραφο; ΝΑΙ/ΟΧΙ

##### Εάν ΝΑΙ δηλώστε:

- i) Όνομα ασφαλιστικής εταιρείας:  
.....
- ii) Αρ. ασφαλιστηρίου: .....
- iii) Για ποιό λόγο δεν καλύπτει η ασφαλιστική εταιρεία; (Αν γνωρίζετε)  
.....

**6. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΕΠΕΒΑΙΝΑΝ ΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ**

(α) Όνομα, διεύθυνση και σωματικές βλάβες που έχουν υποστεί:

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

(β) Όνομα και διεύθυνση Ιατρού και Νοσοκομείου ή Κλινικής που έχουν μεταφερθεί:

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

**7. ΖΗΜΙΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ**

(α) Όνομα και διεύθυνση ιδιοκτήτη:

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

(β) Δώστε λεπτομέρειες της περιουσίας και ζημιάς που έχει γίνει:

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

**8. ΜΑΡΤΥΡΕΣ**

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις όλων των ανεξάρτητων μαρτύρων:

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

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΦΗΜΑ

Δώστε τις τελικές θέσεις των οχημάτων, το σημείο σύγκρουσης, τις κατευθύνσεις των οχημάτων ως επίσης τα οδικά σήματα και ίχνη τροχοπέδησης των οχημάτων.

ΔΗΛΩΝΩ υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε στοιχείο ή γεγονός.

ΓΝΩΡΙΖΩ επίσης ότι το Ταμείο καλύπτει μόνο οτιδήποτε προνοείται από τον περί Μηχανοκινήτων Οχημάτων (Ασφάλιση Ευθύνης έναντι Τρίτου) Νόμο.

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή: .....