

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ / IMPORTANT NOTE

Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με κάθε λεπτομέρεια και προσοχή / Complete this form with caution and in detail

1. Θα βασιστούμε στις απαντήσεις αυτές για να εξετάσουμε την απαίτησή σας /
We will examine your claim based on these answers
2. Λανθασμένες απαντήσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν το δικαίωμά σας να έχετε έγκυρη απαίτηση /
Wrong answers may affect your rights to have a valid claim
3. Η συμπλήρωση ή παραλαβή του εντύπου αυτού από την Εταιρεία δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την Εταιρεία /
The receipt of this claim form by the Company does not constitute an acceptance of liability under the policy
4. Αν υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας, πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με την Εταιρεία προτού δώσετε οποιαδήποτε απάντηση /
In case a claim is raised against you, you must immediately contact the Company before making any statements.

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / INSURED

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured's Name
Αρ. ταυτότητας-Εγγραφής Εταιρείας / ID number-Company Registration no
Ταχυδρομική διεύθυνση / Postal Address
Ηλεκτρονική διεύθυνση / Email Address
Επάγγελμα / Occupation
Τηλ. Οικίας / Home Tel. Κινητό / Mobile Τηλ. Εργασίας / Work Tel.

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ / DETAILS OF THE INCIDENT

Ημερομηνία / Date / / Ώρα /Time Τόπος / Location

Σύντομη περιγραφή του συμβάντος / Brief description of the incident

Δηλώθηκε στην Αστυνομία; / Was the Police notified?

ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO

Εάν ΝΑΙ δηλώστε τα στοιχεία του Αστυνομικού / If YES please state the details of the Police Officer

ΜΑΡΤΥΡΕΣ / WITNESSES

1 Ονοματεπώνυμο / Full Name
Ταχυδρομική διεύθυνση / Postal Address
Τηλ. Οικίας / Home Tel. Κινητό / Mobile Τηλ. Εργασίας / Work Tel.

2 Ονοματεπώνυμο / Full Name
Ταχυδρομική διεύθυνση / Postal Address
Τηλ. Οικίας / Home Tel. Κινητό / Mobile Τηλ. Εργασίας / Work Tel.

**ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ / ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΣΤΕΙ /
DETAILS OF BODILY INJURIES SUSTAINED**

(να επισυναφθεί ιατρικό πιστοποιητικό) / (enclose medical certificate)

Από πότε άρχισε η Ανικανότητα; / When did the Disability begin?

Από / From

Ποσό διεκδικούμενων Ιατρικών Εξόδων / Amount claimed for Medical Expenses

€

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΚΕ ΖΗΜΙΑ - ΑΠΩΛΕΙΑ /
DETAILS OF BICYCLE THAT SUSTAINED DAMAGE - LOSS**

Μάρκα / Make

Κατασκευαστής - Μοντέλο / Manufacturer - Model Αρ. Πλαισίου / Frame No.

Όνοματεπώνυμο ιδιοκτήτη (να επισυναφθεί τιμολόγιο / απόδειξη αγοράς)

Name of owner (please enclose invoice / receipt of purchase)

Αξία αμέσως πριν το συμβάν που προκάλεσε τη ζημιά/απώλεια /

€

Value just before the incident that caused the damage / loss

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΙΤΩΝ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΚΑΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ Η ΖΗΜΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΟΥΣ /
DETAILS OF THIRD PARTIES THAT SUSTAINED INJURIES OR DAMAGE TO THEIR PROPERTY**

Όνοματεπώνυμο & Διεύθυνση / Full Name & Address

Λεπτομέρειες της σωματικής βλάβης ή ζημιάς/απώλειας / Details of injuries or loss / damage

Υπάρχει οποιαδήποτε σχέση συγγένειας ή εργοδότησης μαζί με τους Τρίτους; /

Is there any family relationship or employment relationship with the Third parties?

ΆΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / OTHER INFORMATION

Τη στιγμή του συμβάντος υπήρχαν οποιεσδήποτε άλλες ασφαλίσσεις που σας κάλυπταν για ιατρικά έξοδα, αστική ευθύνη ή τη ζημιά στο ποδήλατο; / Were there at the time of the occurrence any other insurances in force that covered your medical expenses, public liability or the damage of the bicycle?

Είχατε ποτέ προηγουμένως υποστεί παρόμοια σωματική βλάβη ή ζημιά ή είχατε απαίτηση για αστική ευθύνη προς Τρίτους; / Have you in the past sustained injuries or damage of similar nature or had a public liability claim from Third Parties?

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία και πληροφορίες είναι αληθή / I declare that all the above detail and information is an accurate statement

Υπογραφή / Signature

Ημερομηνία / Date