

**ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

Κεντρικά Γραφεία: Υδρογείος House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα

Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος

Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 80 24

ydrogios@cytanet.com.cy www.ydrogios.com.cy

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ  
PUBLIC LIABILITY CLAIM FORM**

Αριθμός Καλυπτικού Σημ. / Cover Note No.

Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's CodeΌνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

(για χρήση από την Εταιρεία μόνο / for internal use only)

05/18

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις τις σχετικές με το ατύχημα σας. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού / Please give details for all of the questions on the form related to your accident and / or illness. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

**▶ Ο Ασφαλισμένος / The Insured**Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.:  Αρ. Πρώτου Συμβολαίου / Initial Policy No.:  Αρ. Ανανέωσης / Renewal No.: Πλήρες Όνομα / Full Name:  Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: Επάγγελμα / Occupation:  Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.:  Τηλ. / Tel.: Διεύθυνση / Residential Address:  Κωδικός / Postal Code: Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: **▶ Το Συμβάν / The Incident**Ημερομηνία Ατυχήματος / Date of the Accident: ..... / ..... / ..... Ώρα / Time: ..... π.μ./μ.μ.- a.m./p.m. Τοποθέσια / Location: Επιλήφθη η Αστυνομία; / State whether the policy was involved: ΝΑΙ YES  ΟΧΙ NO  Αν ΟΧΙ, γιατί; / If NO, why? Αν ΝΑΙ, δώστε / If YES, state: (α) Αστυνομικός σταθμός / Policy Station (β) Όνομα και αριθμός αστυνομικού / Full name and number of Police Officer 

Λεπτομερής περιγραφή του συμβάντος / Detailed description of the incident

  
  
  
  
  
  

Μάρτυρες / Eyewitnesses

Όνομα / Name

Διεύθυνση / Address

Τηλ. / Tel.

1.   2.

► Ζημιές σε Τρίτους / Damage to Third Parties

1. Όνομα / Name: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_ | Κωδικός / Postal Code: \_\_\_\_\_ | Τηλ. / Tel.: \_\_\_\_\_

Αριθμός Ταυτότητας / ID Card No.: \_\_\_\_\_ | Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: \_\_\_\_\_

Περιγραφή Ζημιών / Description of damages: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Όνομα / Name: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_ | Κωδικός / Postal Code: \_\_\_\_\_ | Τηλ. / Tel.: \_\_\_\_\_

Αριθμός Ταυτότητας / ID Card No.: \_\_\_\_\_ | Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: \_\_\_\_\_

Περιγραφή Ζημιών / Description of damages: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

► Τραυματίες / Injured Persons

Όνομα και Διεύθυνση / Name and Address	Ηλικία / Age	Εμφανή Τραύματα / Visual Wounds	Στοιχεία Γιατρού-Νοσοκομείου / Details of Doctor-Hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

► ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους πιο πάνω τραυματισμούς και βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθείς και συμφωνώ ότι αν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμα μου για αποζημίωση, θα χαθεί πλήρως.

I hereby declare that I have suffered the above stated injuries and thus confirm that all of the above details provided are true and I agree that in case that I have made or will make any false declaration, concealment and / or misrepresentation of facts, my legal right to compensation will be completely lost.

\_\_\_\_\_

Υπογραφή / Signature

\_\_\_\_\_

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

\_\_\_\_\_

Ημερ. / Date