

- ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ
ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΜΠΛΑΚΕΙ ΣΕ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
- ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
- ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

[επιλέξτε ένα από τα παραπάνω]

Προς: ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Ξενοφώντος 9 - 10557 ΑΘΗΝΑ
Φαξ: 2103238370, e-mail: claims@mib-hellas.gr
Τηλ: 2103223324

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

[Τα στοιχεία του προσώπου που συμπληρώνει την παρούσα αίτηση]

Όνομα – Επώνυμο:	
Διεύθυνση (οδός & αριθμός) Πόλη Τ.Κ.:	
E-mail:	
Φαξ:	
Σταθερό τηλέφωνο:	
Κινητό τηλέφωνο:	

Ιδιότητα αιτούντος προσώπου

- Νόμιμος κηδεμόνας/γονέας, στην περίπτωση που ο παθών είναι κάτω από 18 χρονών
- Δικηγόρος
- Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
- Ασφαλιστική Εταιρία
- Άλλο Εξουσιοδοτημένο από τον παθόντα πρόσωπο:

2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία ατυχήματος:	
Ώρα ατυχήματος :	
Τοποθεσία ατυχήματος (πόλη, μέρος):	

3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΖΗΜΙΩΘΕΝΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

[Τα στοιχεία του προσώπου που υπέστη ζημία]

Ο ίδιος με Αιτούντα

<input type="checkbox"/> Άλλος	
Όνομα – Επώνυμο:	
Διεύθυνση (οδός & αριθμός) Πόλη Τ.Κ.:	
E-mail:	
Φαξ:	
Σταθερό τηλέφωνο:	
Κινητό τηλέφωνο:	

[Σε περίπτωση περισσότερων ζημιωθέντων, συμπληρώνεται πρόσθετη σελίδα]

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΖΗΜΙΩΘΕΝΤΑ:

- Ιδιοκτήτης και οδηγός οχήματος Επιβάτης οχήματος
 Ιδιοκτήτης οχήματος Πεζός
 Οδηγός οχήματος Άλλο: _____

ΕΙΔΟΣ ΖΗΜΙΑΣ

- Υλικές Ζημιές Σε όχημα Σε ιδιοκτησία
 Σωματικές Βλάβες

4 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΖΗΜΙΩΘΕΝΤΟΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

Αριθμός Κυκλοφορίας:	
Κατηγορία οχήματος:	
Μάρκα:	
Μοντέλο:	
Επώνυμο & Όνομα Ιδιοκτήτη	
Επώνυμο & Όνομα Οδηγού	
Ασφαλιστική Εταιρία:	

5 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

[Στην περίπτωση που το ατύχημα έχει προκληθεί από συνδεδεμένο όχημα (π.χ. φορτηγό και συρόμενο/επικαθήμενο/τρέιλερ), παρακαλούμε να συμπληρώσετε και τους δύο αριθμούς κυκλοφορίας]

Αριθμός Κυκλοφορίας:			
Κατηγορία οχήματος:			
Αν η κατηγορία οχήματος είναι φορτηγό/τρέιλερ (φορτηγό με συρόμενο) συμπληρώστε :	Αριθμός πινακίδας στο μπροστινό μέρος του οχήματος:		
	Αριθμός πινακίδας στο πίσω μέρος του οχήματος:		
Χώρα πινακίδας κυκλοφορίας:			
Μάρκα:			
Μοντέλο:		Χρώμα:	

Επώνυμο & Όνομα Ιδιοκτήτη:	
Διεύθυνση Ιδιοκτήτη:	
Άλλα στοιχεία επικοινωνίας:	
Επώνυμο & Όνομα Οδηγού:	
Διεύθυνση Οδηγού:	
Άλλα στοιχεία επικοινωνίας:	

Ασφαλιστική Κάλυψη του αλλοδαπού οχήματος

- Άγνωστη
 Ανασφάλιστο

Ασφαλιστική Εταιρία:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου:	
Ισχύς από – έως :	
Αριθμός Πράσινης Κάρτας :	
Ισχύς από – έως:	

6 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Δηλώθηκε το ατύχημα στην Αστυνομία ;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Κατέγραψε το ατύχημα η Αστυνομία στον τόπο του ατυχήματος;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Κατέγραψε το ατύχημα η φροντίδα ατυχήματος;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Συμπλήρωσαν και υπέγραψαν μεταξύ τους οι εμπλεκόμενοι έντυπο ευρωπαϊκής δήλωσης ατυχήματος (έντυπο φιλικού διακανονισμού);

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες;

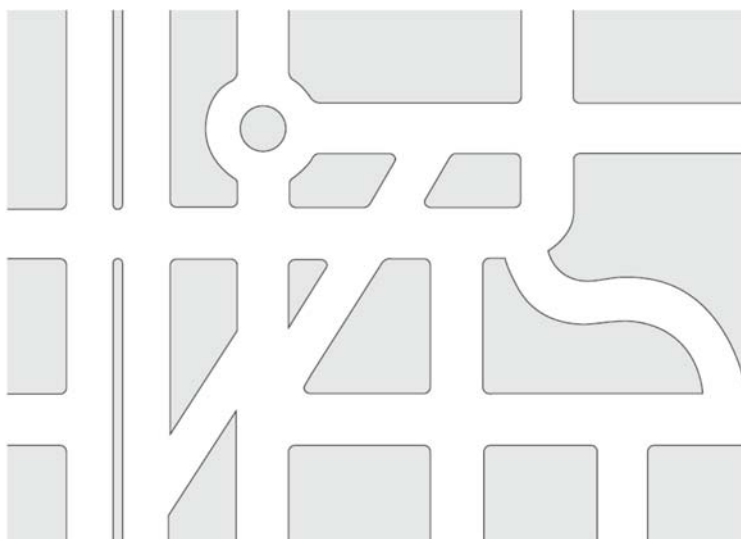
- ΝΑΙ ΟΧΙ

Σύντομη περιγραφή του ατυχήματος

Ευθύνομαι

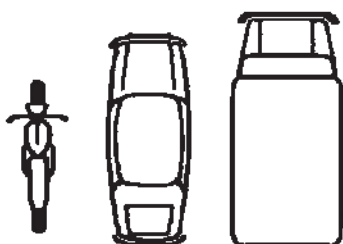
Δεν ευθύνομαι

Σχεδιάγραμμα

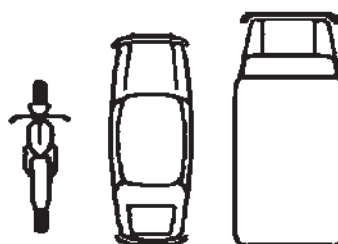


Ζημιές Οχημάτων

Ζημιές οχήματος υπαίτιου



Ζημιές οχήματος παθόντος



8 ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ – ΕΠΙΣΥΝΑΨΗ ΑΡΧΕΙΩΝ

Για να ξεκινήσει η διαδικασία έρευνας με το ξένο γραφείο είναι απαραίτητη η υποβολή τουλάχιστον ενός αποδεικτικού εγγράφου από το οποίο να προκύπτουν τα στοιχεία του ατυχήματος.

- Δελτίο Οδικού Τροχαίου Ατυχήματος *Απαραίτητο, εάν κατέγραψε το συμβάν η Αστυνομία*
- Έντυπο ευρωπαϊκής δήλωσης ατυχήματος /φιλικού διακανονισμού
- Δήλωση φροντίδας ατυχήματος
- Υπεύθυνη Δήλωση μάρτυρα
- Άλλο

Άλλα έγγραφα για τον διακανονισμό της ζημίας

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Αντίγραφο πράσινης κάρτας | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο ασφαλιστηρίου συμβολαίου |
| <input type="checkbox"/> Εξουσιοδότηση | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο Συνοριακής Ασφάλισης |
| <input type="checkbox"/> Άδεια κυκλοφορίας | <input type="checkbox"/> Δίπλωμα οδήγησης |
| <input type="checkbox"/> Άλλο | |

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (Ε.Ε. 2016/679): Το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης («Υπεύθυνος Επεξεργασίας») σας ενημερώνει ότι θα επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που μας γνωστοποιείτε με το παρόν έντυπο, καθώς και τυχόν πρόσθετα δεδομένα που είτε παρέχονται από εσάς στη συνέχεια είτε αποκτώνται από τρίτους, φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως άλλα εμπλεκόμενα στο ατύχημα πρόσωπα, αλλοδαπά Γραφεία Διεθνούς Ασφάλισης, ασφαλιστικές ή αντασφαλιστικές εταιρίες, αστυνομικές και λοιπές δημόσιες αρχές και άλλες πηγές και που είναι αναγκαία για την επεξεργασία του υποβαλλόμενου αιτήματός σας και την εν γένει εκπλήρωση των νόμιμων υποχρεώσεων του Γραφείου μας. Τα δεδομένα αυτά δύνανται να αφορούν ενδεικτικά και όχι περιοριστικά σε μετακινήσεις, δεδομένα οικογενειακής και οικονομικής φύσης, υγεία, κοινωνική πρόνοια, ποινικές διώξεις και αποφάσεις δικαστηρίων. **Αποδέκτες των δεδομένων**, σε χώρες εντός και εκτός της Ε.Ε. κατά περίπτωση, δύνανται να είναι: το αρμόδιο αλλοδαπό Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης, το ελληνικό ή αλλοδαπό Επικουρικό Κεφάλαιο ή Οργανισμός Αποζημίωσης, εμπλεκόμενες στο διακανονισμό ασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες διακανονισμού ζημιών, πραγματογνώμονες, ασφαλιστικά ταμεία, αστυνομικές και λοιπές δημόσιες αρχές και υπηρεσίες στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους. Αναλυτική ενημέρωση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων από το Γραφείο μας μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα μας www.mib-hellas.gr.

Έχετε τη δυνατότητα οποτεδήποτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας επί των δεδομένων σας για **πρόσβαση** (δηλαδή ενημέρωσή σας για ποια δεδομένα και για ποιο σκοπό τα επεξεργαζόμαστε, τους αποδέκτες τους, το χρόνο διατήρησή τους), **διόρθωση** των ελλειψών ή ανακριβών δεδομένων σας, **διαγραφή** τους εφόσον η επεξεργασία δεν είναι απαραίτητη, **περιορισμό της επεξεργασίας** αν αμφισβητείτε την ακρίβειά τους ή για άλλο νόμιμο λόγο και **εναντίωση** στην επεξεργασία των δεδομένων σας ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας και εμείς θα σταματήσουμε την επεξεργασία των δεδομένων σας, αν δεν υφίστανται άλλοι επιτακτικοί και νόμιμοι λόγοι που υπερισχύουν έναντι του δικαιώματός σας. Για το σκοπό αυτό, ή/και για να αποκτήσετε αντίγραφο των δεδομένων σας μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Γραφείου στην οδό Ξενοφώντος αρ. 9, στην Αθήνα, Τ.Κ. 105 57, Ελλάδα, τηλ. 0030-2103236562, email: dpr@mib-hellas.gr και θα σας απαντήσουμε σχετικώς εντός 30 ημερών.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Κατόπιν της ενημέρωσης που έγινε προς εμένα και αναφέρεται παραπάνω, δηλώνω ότι παρέχω ρητά την συγκατάθεσή μου για τη σύννομη κατά τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου από το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης ή/και από τρίτους κατ' εντολή και για λογαριασμό του προς το σκοπό της εκπλήρωσης των υποχρεώσεών του σύμφωνα με το ΠΔ 237/1986 και κατά τα ανωτέρω οριζόμενα.

Επίσης δηλώνω ότι στην περίπτωση που ο διακανονισμός ενεργείται για λογαριασμό του Γ.Δ.Α. από συμβεβλημένο Διακανονιστή (ασφαλιστική εταιρία-μέλος του Γ.Δ.Α.) ή Ανταποκριτή (εταιρία διακανονισμού ζημιών που έχει διοριστεί από την αλλοδαπή ασφαλιστική εταιρία), παρέχω ρητά την συγκατάθεσή μου, ώστε η ανωτέρω διαβίβαση των δεδομένων μου προς τους αρμόδιους αποδέκτες να ενεργείται από τον Διακανονιστή ή Ανταποκριτή που χειρίζεται τον φάκελο.

Συναινώ **Δεν συναινώ**

Τέλος, παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου για τη διαβίβαση του φακέλου μου στο ελληνικό Επικουρικό Κεφάλαιο προς διευκόλυνσή μου και για την ταχύτερη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου σε περίπτωση που κατά τη διαχείριση της υπόθεσής μου από το Γ.Δ.Α. προκύψει ότι αρμόδιο κατά το νόμο για την υπόθεσή μου είναι το ελληνικό Επικουρικό Κεφάλαιο.

Συναινώ **Δεν συναινώ**

Όνομα – Επώνυμο:.....

Ημερομηνία :..... **Υπογραφή Αιτούντος/Δηλούντος**

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Σε περίπτωση που η παρούσα Αίτηση δεν υποβάλλεται και δεν συμπληρώνεται από τον/τους ίδιο/ιδίους τον/τους ζημιωθέντα/ες (υποκείμενο/α των δεδομένων), για να ξεκινήσει η διαχείριση του αιτήματος είναι απαραίτητη η προσκόμιση **Εξουσιοδότησης και Δήλωσης Συγκατάθεσης (ως συνημμένο έντυπο)** των υποκειμένων τα προσωπικά δεδομένα των οποίων διαβιβάζονται με την παρούσα στο Γ.Δ.Α. και η οποία θα αφορά στην εν λόγω διαβίβαση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους από το Γ.Δ.Α. για την εκπλήρωση των εκ του νόμου υποχρεώσεών του, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (Ε.Ε. 2016/679).

Προς το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης
ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ/ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η υπογράφων/ουσα (ονοματεπώνυμο) του
(πατρώνυμο), κάτοικος (πόλη, οδός, αριθμός, Τ.Κ.), με ΑΔΤ
εκδοθέντος από (αστυνομική αρχή), με τηλ. επικοινωνίας και e-
mail: (εφόσον υπάρχει) εξουσιοδοτώ τον/την (ονοματεπώνυμο)
του (πατρώνυμο), κάτοικο (πόλη, οδός, αριθμός,
Τ.Κ.), με ΑΔΤ εκδοθέντος από (αστυνομική αρχή), με τηλ. επικοινωνίας
..... και e-mail: (εφόσον υπάρχει) όπως υποβάλει αντ' εμού και για
λογαριασμό μου ενώπιον του Γραφείου Διεθνούς Ασφάλισης αίτηση για

- ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ του αλλοδαπού οχήματος με αρ. κυκλ.
..... και χώρα ταξινόμησης που έχει εμπλακεί σε ατύχημα
στην Ελλάδα ή/και του ΔΙΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗ της αλλοδαπής ασφαλιστικής
εταιρίας στην Ελλάδα
- ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ από ατύχημα που είχα στις (ημερομηνία) στ. (τόπο
του ατυχήματος) με εμπλεκόμενα τα οχήματα με αρ. κυκλ.
.....

και ενεργήσει αντ' εμού και για λογαριασμό μου κάθε τι απαραίτητο προς το σκοπό αυτό
συμπεριλαμβανομένης και της διαβίβασης των αναγκών για την ικανοποίηση του αιτήματός μου
προσωπικών δεδομένων μου στο Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης συναινώντας ρητά στην εν λόγω διαβίβαση
δια της υπογραφής της παρούσας.

Επιπλέον δηλώνω ότι έλαβα γνώση της παρακάτω Ενημέρωσης για την Προστασία των Προσωπικών μου
Δεδομένων:

«ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού
Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (Ε.Ε. 2016/679): Το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης («Υπεύθυνος Επεξεργασίας»)
σας ενημερώνει ότι η συλλογή και εν γένει επεξεργασία προσωπικών δεδομένων από το Γ.Δ.Α. αφορά σε όλα τα
προσωπικά δεδομένα που παρέχονται είτε από εσάς προσωπικώς είτε δια νομίμως εξουσιοδοτημένου από εσάς
προσώπου με σκοπό την εξυπηρέτησή σας από τις υπηρεσίες του Γ.Δ.Α., καθώς και τυχόν πρόσθετα δεδομένα που
είτε παρέχονται από εσάς στη συνέχεια είτε αποκτώνται από τρίτους, φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως άλλα εμπλεκόμενα
στο ατύχημα πρόσωπα, αλλοδαπά Γραφεία Διεθνούς Ασφάλισης, ασφαλιστικές ή αντασφαλιστικές εταιρίες, αστυνομικές
και λοιπές δημόσιες αρχές και άλλες πηγές και που είναι αναγκαία για την επεξεργασία του υποβαλλόμενου αιτήματός σας
και την εν γένει εκπλήρωση των νόμιμων υποχρεώσεων του Γραφείου μας. Τα δεδομένα αυτά δύναται να αφορούν
ενδεικτικά και όχι περιοριστικά σε μετακινήσεις, δεδομένα οικογενειακής και οικονομικής φύσης, υγεία, κοινωνική
πρόνοια, ποινικές διώξεις και αποφάσεις δικαστηρίων. **Αποδέκτες των δεδομένων**, σε χώρες εντός και εκτός της Ε.Ε. κατά
περίπτωση, δύναται να είναι: το αρμόδιο αλλοδαπό Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης, το ελληνικό ή αλλοδαπό Επικουρικό
Κεφάλαιο ή Οργανισμός Αποζημίωσης, εμπλεκόμενες στο διακανονισμό ασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες διακανονισμού
ζημιών, πραγματογνώμονες, ασφαλιστικά ταμεία, αστυνομικές και λοιπές δημόσιες αρχές και υπηρεσίες στο πλαίσιο των
αρμοδιοτήτων τους.

Αναλυτική ενημέρωση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων από το Γραφείο μας μπορείτε να βρείτε στην
ιστοσελίδα μας www.mib-hellas.gr.

Έχετε τη δυνατότητα οποτεδήποτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας επί των δεδομένων σας για **πρόσβαση** (δηλαδή
ενημέρωσή σας για ποια δεδομένα και για ποιο σκοπό τα επεξεργαζόμαστε, τους αποδέκτες τους, το χρόνο διατήρησή
τους), **διόρθωση** των ελλিপών ή ανακριβών δεδομένων σας, **διαγραφή** τους εφόσον η επεξεργασία δεν είναι απαραίτητη,
περιορισμό της επεξεργασίας αν αμφισβητείτε την ακρίβειά τους ή για άλλο νόμιμο λόγο και **εναντίωση** στην επεξεργασία
των δεδομένων σας ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας και εμείς θα σταματήσουμε την επεξεργασία των δεδομένων σας,
αν δεν υφίστανται άλλοι επιτακτικοί και νόμιμοι λόγοι που υπερισχύουν έναντι του δικαιώματός σας.

Για το σκοπό αυτό, ή/και για να αποκτήσετε αντίγραφο των δεδομένων σας μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο
Προστασίας Δεδομένων του Γραφείου στην οδό Ξενοφώντος αρ. 9, στην Αθήνα, Τ.Κ. 105 57, Ελλάδα, τηλ. 0030-
2103236562, email: dpr@mib-hellas.gr και θα σας απαντήσουμε σχετικά εντός 30 ημερών».

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Κατόπιν της ενημέρωσης που έγινε προς εμένα και αναφέρεται παραπάνω, δηλώνω ότι παρέχω ρητά την συγκατάθεσή μου για τη σύννομη κατά τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου από το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης ή/και από τρίτους κατ' εντολή και για λογαριασμό του προς το σκοπό της εκπλήρωσης των υποχρεώσεών του σύμφωνα με το ΠΔ 237/1986 και κατά τα ανωτέρω οριζόμενα.

Επίσης δηλώνω ότι στην περίπτωση που ο διακανονισμός ενεργείται για λογαριασμό του Γ.Δ.Α. από συμβεβλημένο Διακανονιστή (ασφαλιστική εταιρία-μέλος του Γ.Δ.Α.) ή Ανταποκριτή (εταιρία διακανονισμού ζημιών που έχει διοριστεί από την αλλοδαπή ασφαλιστική εταιρία), παρέχω ρητά την συγκατάθεσή μου, ώστε η ανωτέρω διαβίβαση των δεδομένων μου προς τους αρμόδιους αποδέκτες να ενεργείται από τον Διακανονιστή ή Ανταποκριτή που χειρίζεται τον φάκελο.

Συναινώ

Δεν συναινώ

Τέλος, παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου για τη διαβίβαση του φακέλου μου στο ελληνικό Επικουρικό Κεφάλαιο προς διευκόλυνσή μου και για την ταχύτερη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου σε περίπτωση που κατά τη διαχείριση της υπόθεσής μου από το Γ.Δ.Α. προκύψει ότι αρμόδιο κατά το νόμο για την υπόθεσή μου είναι το ελληνικό Επικουρικό Κεφάλαιο.

Συναινώ

Δεν συναινώ

Ημερομηνία

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος /Δηλούντος

.....

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή: