Κεντρική Ασφαλιστική

Κεντρικά Γραφεία
Κλήμεντος 33, 1061 Λευκωσία
Τ.Θ. 25131, 1307 Λευκωσία, Κύπρος
Τηλ: 22 745745, Φαξ: 22 745747
E-mail: info@kentriki.com.cy

Head Office
33 Klimentos Str., 1061 Nicosia
P.O.Box 25131, 1307 Nicosia, Cyprus
Tel: 22 745745, Fax: 22 745747
E-mail: info@kentriki.com.cy

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ
PROPOSAL FORM FOR MOTOR VEHICLE INSURANCE

Σε περίπτωση που δεν συμπληρωθεί όλη η Πρόταση, η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη σύναψη της σύμβασης. / In case the Proposal is not fully completed, the Company shall have the right not to proceed with the conclusion of the contract.

1. **ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΚΑΛΥΨΗ / INSURANCE PROVIDED**

Περιεκτική
Comprehensive ☐

Ευθύνης έναντι Τρίτων, Πυρός και Κλοπής
Third Party, Fire and Theft ☐

Ευθύνης έναντι Τρίτων
Third Party ☐

2. **ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE**

ΕΝΑΡΞΗ / COMMENCING ON

Ώρα: ..... Ημερ.: .....
Hour: Date:

ΛΗΞΗ / EXPIRING ON

Μεσάνυκτα της: .....
Midnight of:

3. (α) Απαλλαγή/Excess: ..... (β) Αυξημένη απαλλαγή (πχ. νεαρός οδηγός, οροφή κλπ.) / Increased excess (e.g. young driver, roof hood etc.)

.....

4. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ / PROPOSER'S DETAILS** (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ - FILL IN BLOCK LETTERS)

Πλήρες Όνομα / Full Name: .....

Ιθαγένεια/Nationality: ..... Ημ. Γεννήσεως / Date of Birth: .....

Διεύθυνση εργασίας / Work address: .....

..... Τηλ. εργασίας / Work Tel. .....

Διεύθυνση κατοικίας / Home address: .....

..... Τηλ. κατοικίας / Home Tel. .....

Διεύθυνση αλληλογραφίας / Mailing address: .....

..... Κινητό Τηλ. / Mobile Tel. .....

Ηλ. Διεύθυνση / E-mail: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Επάγγελμα ή είδος εργασίας / Profession or type of work: .....

Επάγγελμα μερικής Απασχόλησης / Part-time job: .....

Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ή Αρ. Εγγραφής Εταιρείας
Identity Card No. or Passport No. or Company Reg. No. .....

Οικογενειακή κατάσταση / Marital status: Έγγαμος/Married ☐ Άγαμος/Single ☐

Χώρα Μόνιμης Διαμονής / Permanent Residence: .....

Ημερομηνία απόκτησης Άδειας οδηγού / Date of issue of Driving Licence
(Δηλώστε αν είναι μαθητευόμενος) (State whether learner): .....

Χώρα Έκδοσης Άδειας Οδηγού / Country of Issue: ..... Αριθμός Άδειας Οδηγού / Driving Licence Number: .....

5. Είναι το όχημα εγγεγραμμένο στο όνομά σας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν όχι δηλώστε πλήρες όνομα ιδιοκτήτη.
Is the vehicle registered in your own name? YES ☐ NO ☐ If not, give full name of owner.

.....

Όνομα ιδιοκτήτη δυνάμει Συμφωνίας Ενοικιαγοράς (αν υπάρχει).
Name of owner by virtue of a Hire Purchase Agreement (if any).

.....

6. Εσείς και τα άλλα πρόσωπα που πιθανόν να οδηγούν το όχημα έχουν οδηγήσει τακτικά στην Κύπρο τα τελευταία 3 χρόνια και κατέχουν την κατάλληλη Άδεια οδηγού για τον τύπο οχήματος που πρόκειται να ασφαλιστεί; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν όχι, δώστε λεπτομέρειες.
Have you and all Regular Drivers been driving in Cyprus during the last 3 years and hold the appropriate licence for the specific type of vehicle to be insured? YES ☐ NO ☐ If not, give details.

.....

7. Χρησιμοποιείτε ή έχετε πρόθεση να χρησιμοποιήσετε εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος εξουσιοδοτημένος οδηγός το προς ασφάλιση όχημα για ταξίδια στο εξωτερικό; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες όπως χώρες προορισμού, συχνότητα και διάρκεια τέτοιων ταξιδιών.
Do you or any other authorised driver use or have the intention of using the insured vehicle for travelling abroad? YES ☐ NO ☐ If yes, give details of countries of destination, frequency and duration of such trips.

.....

Μονογραφή/Initials:

.....

8. Από ότι καλύτερα γνωρίζετε, εσείς ή οποιοδήποτε πρόσωπο που θα οδηγεί το προς ασφάλιση όχημα πάσχει ή έπασχε τώρα ή κατά τα τελευταία τέσσερα χρόνια από διαβήτη, επιληψία ή καρδιακό πρόβλημα ή μειωμένη όραση ή ακοή ή από άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια ή αναπηρία: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
To the best of your knowledge and belief, do you or any person who will be driving the motor vehicle to be insured, suffer now or suffered during the last four years from diabetes, epilepsy, heart problems, reduced vision or hearing, or from any other disease or incapacity of body or mind?
YES ☐ NO ☐ If yes, give details.

.....

9. Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία ή οποιοσδήποτε ασφαλιστής σε σχέση με ασφαλιστήριο αυτοκινήτων για λογαριασμό σας ή για λογαριασμό οποιουδήποτε προσώπου που θα οδηγεί το προς ασφάλιση όχημα σε οποιοδήποτε χρόνο απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλιση, απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους, αρνηθεί να ανανεώσει ή ακύρωσε οποιοδήποτε ασφαλιστήριο έγγραφο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Has any Insurance Company or any Insurer at any time and in connection with Motor Insurance in your name or in the name of any person who will be driving the motor vehicle rejected any Proposal for insurance, demanded increased premium or imposed special terms, refused to renew or cancelled any motor policy? YES ☐ NO ☐ If yes, give details.

.....

10. Έχετε τώρα ή είχατε προηγουμένως ασφαλιστήριο για οποιοδήποτε όχημα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δηλώστε
Have you now or did you have in the past, an Insurance Policy in force covering any motor vehicle? YES ☐ NO ☐ If yes, state

Ασφαλιστική εταιρεία / Insurance Company: .....

Αρ. Συμβολαίου / Policy Number: .....

Αρ. Εγγ. Οχήματος / Registration Number: .....

Κάλυψη/Cover: .....

11. Έχετε εμπλακεί σε οποιοδήποτε τροχαίο ατύχημα τα τελευταία πέντε χρόνια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες (για κάθε ατύχημα: αριθμ. εγγραφής οχήματος, ημερομηνία, ποσό απαίτησης, ανοιχτή ή κλειστή υπόθεση).
Have you been involved in any motor accident during the last five years? YES ☐ NO ☐
If yes, give details (for each accident: reg. no., incident date, claim amount paid open or closed).

.....

.....

12. **Στοιχεία που αφορούν τα προς ασφάλιση οχήματα / Details concerning the vehicles to be Insured**

Αρ. Εγγραφής Reg. No.	Μάρκα, Μοντέλο και Χρώμα Οχήματος Make, Model and Colour	Τύπος Οχήματος σύμφωνα με τον Περί Τροχαίας Κινήσεως Νόμο/Κανονισμούς Type of Vehicle in accordance with the Motor Traffic Law / Regulations	Ιπποδύναμη (HP) ή Κυβ. Μηχανής (CC) ή Κιλοβάτ (KW) Horse Power or Cubic Capacity or Kilowatt	Έτος Κατασκευής Year of Manufacture

Επιβάτες συμπεριλαμβανομένου και του οδηγού Passengers including driver	Εκτίμηση αξίας από τον προτείνοντα Proposer's Estimate of Value	Ημερομηνία και Κόστος Αγοράς Date and Cost of Purchase	Επιτρεπόμενο μεικτό βάρος Approved carrying capacity	Δηλώστε κατά πόσο οποιοδήποτε από τα οχήματα είναι αριστερότιμονο ή με ανοιγόμενη οροφή (δηλώστε κατά πόσο είναι σκληρή ή μαλακή οροφή) State whether any of the vehicles is Left-Hand Drive or convertible (state whether hard or soft top)

13. Είναι οποιοδήποτε από τα οχήματα αυτοκίνητο σπορτ ή έχει αυξημένη ιπποδύναμη ή απόδοση; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δηλώστε λεπτομέρειες.
Is any of the vehicles a sport car or has increased horse power or capacity? YES ☐ NO ☐ If yes, give details.

.....

14. Είναι το όχημα αδασμολόγητο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Is the vehicle duty free? YES ☐ NO ☐

15. Έχετε εξασφαλίσει Πιστοποιητικό Καταλληλότητας για το όχημα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δηλώστε μέχρι ποια ημερομηνία ισχύει.
Have you obtained an MOT pass Certificate for the Insured vehicle? YES ☐ NO ☐ If yes, give the date of expiry.

.....

16. Έχουν γίνει οποιεσδήποτε τροποποιήσεις στο όχημα από τον αρχικό του τύπο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Have any alterations been made to the original type of the vehicle? YES ☐ NO ☐ If yes, give details.

.....

17. Το όχημα έχει εισαχθεί μεταχειρισμένο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Has the vehicle been imported second hand? YES ☐ NO ☐ If yes, give details

.....

18. Διαθέτει το όχημα στερεοφωνικό σύστημα ή οποιαδήποτε άλλη ηλεκτρονική συσκευή (TV, GPS, Radar Detector κλπ.) της οποίας η αξία είναι άνω των €500; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δηλώστε ακριβή αξία και μοντέλο.
Is the vehicle equipped with a stereo system or any other electronic device (TV, GPS, Radar Detector etc.) the value of which os over €500?
YES ☐ NO ☐ If yes, specify the exact price and model.

.....

Μονογραφή/Initials:

.....

19. Υπάρχει εγκατεστημένο σύστημα συναγερμού και/ή πυροσβεστήρες στο όχημα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Do you have an alarm system and/or fire extinguishers installed in the vehicle? YES ☐ NO ☐ If yes, give details.

.....

20. Χρήση των προτεινόμενων για ασφάλιση οχημάτων. Δώστε λεπτομέρειες.
Use of the vehicle(s) to be insured. Give details.
Ιδιωτική/Private ☐ Εμπορική/Commercial ☐ Motor Trade ☐

Άλλη χρήση (Προσδιορίστε) / Other use (Specify) ☐ .....

21. Αναφέρετε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που θα βοηθούσε στην εκτίμηση του κινδύνου.
State any other information relevant to the assessment of the risk.

.....

22. Διατηρείτε σε ισχύ με την Εταιρεία μας οποιαδήποτε άλλη ασφάλεια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
Do you have in force any other insurance Policy with our Company? YES ☐ NO ☐ If yes, please give details.

.....

23. **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΙ ΟΔΗΓΟΙ / AUTHORISED DRIVERS**

(α) Κατονομαζόμενοι οδηγοί (όπως αναφέρονται πιο κάτω). ☐
Named drivers (as specified below).

(β) Οποιοσδήποτε οδηγός μεταξύ 23-70 ετών με πάνω από δύο χρόνια Κυπριακή ή Ευρωπαϊκή κανονική άδεια οδήγησης. ☐
Any driver aged 23-70 with Cypriot or UK regular driving licence for at least 2 years.

Στην περίπτωση που ισχύει το (β) πρέπει να δηλώνονται τα στοιχεία όλων των ατόμων που θα οδηγούν τακτικά.
If (b) above applies, the particulars of all regular drivers should be given.

Πλήρες Όνομα Full Name	Επάγγελμα Occupation	Εθνικότητα Nationality	Ημ. Γεννήσεως Date of Birth	Ημερ. απόκτησης και χώρας (έκδοσης) άδειας οδηγού (Δηλώστε αν είναι μαθητευόμενος) Date of issue and Country of Driving Licence (State whether Learner)	Χώρα Έκδοσης και Αρ. Ταυτ./Διαβατηρίου Issuing Country and Number of ID/Passport

Τροχαία ατυχήματα κατά τα τελευταία 3 χρόνια (Δηλώστε ημερομηνίες ατυχημάτων και λεπτομέρειες ζημιών κατά οδηγό) Claims submitted during the last 3 years for motor accidents, State dates and cost of claims for each driver)		Έχει οποιοσδήποτε από τους οδηγούς μειωμένη όραση, ακοή ή περιορισμένη χρήση άκρων; Has any driver reduced vision or hearing, or limited used of limbs?
Ημερομηνία/Date	Λεπτομέρειες/Details	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι απ' ότι γνωρίζω και πιστεύω, οτιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα, θ' αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου εγγράφου μεταξύ μου και της Ασφαλιστικής Εταιρείας η **«Κεντρική» Λτδ** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

DECLARATION

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief, that whatever, is stated in this Proposal is absolutely true and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact. I also agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me, shall form the basis of this Policy between myself and **Kentriki Insurance Co Ltd** and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

Υπογραφή Προτείνοντα: .....
Signature of Proposer:

Ημερομηνία: .....
Date:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Επιστήνεται ιδιαίτερα η προσοχή του Ασφαλισμένου:
NOTICE: The Insured's attention is particularly drawn to the following:

Α. Ότι σε περίπτωση μεταβίβασης ή συμφωνίας για μεταβίβαση του οχήματος, η ασφάλειά σας παύει να ισχύει.
That in case of transfer or agreement to transfer the vehicle, the Insurance cover is terminated.

Β. Ότι απαγορεύεται η μεταφορά παρανόμων επιβατών και ότι αν μεταφέρονται τέτοιοι επιβάτες θα είσαστε προσωπικά υπεύθυνος για τυχόν τραυματισμό τους.
That the carrying of unlawful passengers is prohibited and that if such passengers are being carried you shall be personally responsible for their injuries.

Γ. Ότι αν το όχημα οδηγείται από μη εξουσιοδοτημένο οδηγό ή από οδηγό υπό την επήρεια οινοπνεύματος ή ναρκωτικών, θα είσαστε προσωπικά υπεύθυνος για οποιαδήποτε απαίτηση που θα εγερθεί.
That if the vehicle is driven by an unauthorised driver or by a driver under the influence of drink or drugs, you shall be personally responsible for any claim that might arise as a result of such driving.

Μόνο για Εσωτερική Χρήση / For Internal Use Only

Κεντρική Ασφαλιστική
Tel.: 22 745745
Fax: 22 745747

Ημερομηνία:.....

Date:.....

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ / AUTHORIZATION

Προς / To: .....

Ονοματεπώνυμο / Name: .....

Αριθμός εγγραφής οχήματος / Vehicle Registration No: .....

Με την παρούσα εγώ εξουσιοδοτώ την Ασφαλιστική Εταιρεία η «Κεντρική» Λτδ όπως εκ μέρους μου και για λογαριασμό μου αποταθεί στην Ασφαλιστική Εταιρεία .....
στην οποία είχα ασφαλισμένο το μηχανοκίνητο όχημα μου και ζητήσει όπως εκδοθεί και αποσταλεί βεβαίωση δυνάμει των προνοιών του άρθρου 20Α του Περί Μηχανοκινήτων Οχημάτων (Ασφάλιση Έναντι Τρίτων) Νόμου 96(1)/2000 ως έχει τροποποιηθεί, σχετικά με τις αξιώσεις αποζημίωσης τρίτων που αφορούν το πιο πάνω όχημα μου, ή την ανυπαρξία τέτοιων αξιώσεων, τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας.

I hereby authorise Kentriki Insurance Co Ltd to address on my behalf to .....
with which my motor vehicle is insured and request that a certification to be issued and addressed to them, based on the provision of article 20A of the Motor Vehicles (Third Party Liability Insurance) Law 96(1)/2000 as amended, concerning the existence or absence of any claims concerning the aforementioned vehicle during the past five years.

Υπογραφή / Signature: .....

Ασφαλιζόμενος / Insured's name : .....

Αριθμός Συμβολαίου / Policy number : .....

Αριθμός Εγγραφής Οχήματος / Registration No : .....

Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance : .....

Είδος Ασφάλισης / Type of cover : .....

Έκπτωση για μη υποβολή απαίτησης / No Claim Bonus discount : .....

Ιστορικό Απαιτήσεων κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια / Claims Record of the past three years

	Πληρωθείσες απαιτήσεις / Claims Paid		Εκκρεμείς απαιτήσεις / Claims Outstanding	
Ημερομηνία Ατυχήματος Date of accident	Ίδιες Ζημιές Own Damages	Ζημιές Έναντι Τρίτων Third Party Damages	Ίδιες Ζημιές Own Damages	Ζημιές Έναντι Τρίτων Third Party Damages

Λόγοι Απόρριψης, Ακύρωσης, Ειδικές Διατάξεις κλπ. / Reasons of Declined, Cancellations, Special terms etc: .....

.....

Ημερ. / Date:..... Όνομα / Name:..... Υπογραφή / Signature: .....

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Η Ασφαλιστική Εταιρεία η «Κεντρική» Λτδ (εφεξής καλούμενη η «Κεντρική Ασφαλιστική»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες της, για σκοπούς σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, αξιολόγησης της απαίτησης, είσπραξης του ασφαλίστρου, έρευνας και στατιστικής μελέτης και για την ασφαλή παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών, προτίθεται να συλλέγει, αποθηκεύει, διαθέτει και γενικότερα να υποβάλλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή ανηλίκους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας.

Επιπλέον ενημερώνεστε ότι η Κεντρική Ασφαλιστική συλλέγει και επεξεργάζεται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υγείας σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστήριου συμβολαίου ή/και διεκπεραίωση απαίτησης που μπορεί να αφορά ιατρική περίθαλψη αλλοδαπού, ασφάλιση οχημάτων, προσωπικά ατυχήματα, αστική ευθύνη, ευθύνη εργοδότη και οποιοδήποτε άλλο είδος ασφάλειας που μπορεί να απαιτεί τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων υγείας.Με πρωταρχικό στόχο την εκπλήρωση των υποχρεώσεων που απορρέουν από τον νέο Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (εφεξής καλούμενος ο «Κανονισμός»), η Κεντρική Ασφαλιστική διασφαλίζει ότι η συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα γίνεται νόμιμα και λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του απόρρητου και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων αυτών σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχει στους πελάτες της.

Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Κεντρικής Ασφαλιστικής την οποία μπορείτε να βρείτε σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα μας www.kentriki.com.cy, περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας και την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά ή μπορείτε να επικοινωνείτε με την Υπεύθυνη Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Κεντρικής Ασφαλιστικής:

Στοιχεία Επικοινωνίας Υπεύθυνης Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων:
κα. Άντρια Γεωργίου
Email: andria@kentriki.com.cy
Τηλέφωνο: +357 22 003 444
Φαξ: +357 22 003 442

Με το παρόν έντυπο ενημερώνεστε ότι τα προσωπικά δεδομένα τα οποία δίνετε στην Κεντρική Ασφαλιστική με την παρούσα πρόταση καθώς επίσης και αυτά που μπορεί να έχετε δώσει με παλαιότερη πρόταση ή αυτά που θα δώσετε σε περίπτωση απαίτησης καταχωρούνται σε ηλεκτρονική και χειρόγραφη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία τηρούνται από την Κεντρική Ασφαλιστική ή από άλλη συμβεβλημένη - συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο. Με τη φράση συμβεβλημένες/συνεργαζόμενες εταιρείες και/ή πρόσωπα επεξηγείται ότι νοούνται οι εξής: εταιρείες φροντίδας ατυχημάτων και οδικής βοήθειας, η εταιρεία φύλαξης και αποθήκευσης αρχείων, η εταιρεία αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας ή είσπραξης χρεών, οι εξωτερικοί νομικοί μας σύμβουλοι, οι εξωτερικοί μας ελεγκτές, οι συνεργάτες γιατροί και σύμβουλοι και/ή άλλοι πάροχοι υπηρεσιών. Αποδέκτες και διαχειριστές των προσωπικών σας δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Κεντρικής Ασφαλιστικής και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών και/ή προσώπων. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της Κεντρικής Ασφαλιστικής.

Κεντρική Ασφαλιστική μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης διατηρεί το δικαίωμα να κατέχει και/ή επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα. Η περίοδος διατήρησης των προσωπικών δεδομένων βασίζεται στις επιχειρηματικές ανάγκες και νομικές υποχρεώσεις της Εταιρείας μας. Συγκεκριμένα, διατηρούμε προσωπικά δεδομένα για όσο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητο για την ολοκλήρωση της μεταξύ μας ασφαλιστικής σύμβασης εκτός και αν άλλες νομικές ή κανονιστικές υποχρεώσεις της Εταιρείας μας απαιτούν περαιτέρω διατήρηση των προσωπικών δεδομένων.
Με το πέρας της περιόδου διατήρησης των προσωπικών δεδομένων η Εταιρεία μας ακολουθεί την ενδεδειγμένη διαδικασία καταστροφής δεδομένων με όλα τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας.
Εάν επιθυμείτε να γνωρίζετε κατά πόσον διατηρούμε οποιαδήποτε προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν και/ή ποια δεδομένα διατηρούμε, μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα πρόσβασης σας και να λάβετε αντίγραφο αυτών των δεδομένων.
Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Κλήμεντος 33, Μέγαρο Κεντρική, 1061 Λευκωσία, Κύπρος ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση andria@kentriki.com.cy. Παρακαλούμε όπως σημειώσετε ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να σας παρέχουμε τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ - ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

(Υποχρεωτικό)

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την Κεντρική Ασφαλιστική και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.

	Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή	
Ασφαλιζομένου:	_____	_____	Ημερομηνία:_____

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ - ΑΜΕΣΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΠΡΟΩΘΗΣΗ

(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που επιθυμείτε να περιληφθείτε στη λίστα μας για την άμεση εμπορική προώθηση των υπηρεσιών της Εταιρείας μας)

Επιθυμώ να ενημερώνομαι για υπηρεσίες, προϊόντα ή σχέδια που θα προσφέρει η Κεντρική Ασφαλιστική από καιρό σε καιρό. Για τον σκοπό αυτό συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την Κεντρική Ασφαλιστική, με σκοπό την αποστολή αυτών των ενημερώσεων και επικοινωνιών μέσω email.

	Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή	
Ασφαλιζομένου:	_____	_____	Ημερομηνία:_____

DATA PROCESSING CONSENT FORM

The Insurance Company "Kentriki" Limited (hereinafter referred to as "Kentriki Insurance"), its insurance agents and associates, for the purpose of concluding an insurance contract, assessment of a claim, collection of insurance premium, research and statistical studies and for the provision of high level services, shall collect, store, dispose of and in general process personal data concerning you or minors on whose behalf you consent as a legal guardian.

You are also hereby informed that Kentriki Insurance collects and processes sensitive personal health data in case of concluding an insurance contract and/or processing of a claim that may relate to medical care of a foreigner, motor insurance, personal accidents, civil liability, employer's liability and any other type of insurance contract that may require the collection and processing of health data. The fulfillment of the obligations arising from the new General Data Protection Regulation (hereinafter "GDPR") is of utmost importance for Kentriki Insurance which ensures that the collection and processing of personal data is done lawfully and takes all necessary measures to protect the integrity and confidentiality of data in relation to the services it provides to its clients.

Kentriki's Insurance Privacy Notice, which can be found online at our website www.kentriki.com.cy, contains further information about your rights and the processing of personal data by us and you are kindly requested to read it carefully or you may contact the Data Protection Officer (DPO) of Kentriki Insurance as follows:

Data Protection Officer Contact Details:
Ms. Andria Georgiou
Email: andria@kentriki.com.cy
Tel: +357 22 003 444
Fax: +357 22 003 442

With this form you are informed that the personal data that you provide to Kentriki Insurance with this Insurance Proposal as well as those that you may have given with an earlier proposal or that you will give in case of a claim are registered in electronic and handwritten form, in one or more personal data files, which are kept by Kentriki Insurance or another contracting party/processor. The terms contracting party/processor mean the following: accident care and roadside assistance companies, record keeping companies, credit rating or debt collection companies, our external legal advisors and auditors, associate doctors and consultants and/or other service providers.

Recipients and administrators of your personal data will be the competent members of the staff of Kentriki Insurance and those of the contracting parties/processors. The processing of personal data is confidential and will be carried out only under the control of Kentriki Insurance.

Kentriki Insurance reserves the right to retain and process your personal data after the termination of the contractual relationship between us. The retention period for personal data is based on the business needs and legal requirements of our Company. Specifically, we retain personal data for as long as is necessary for the conclusion of our insurance contract unless other legal or regulatory obligations of our Company require additional retention of your personal data.
At the end of the personal data retention period, our Company follows the appropriate data destruction procedure along with the necessary security measures.
If you would like to know whether we hold any personal data about you and/or which data we hold, you can exercise your right of access and obtain a copy of your data.

In case you wish to withdraw your consent for the processing of your personal data you can inform us in writing by sending a letter at the address 33 Klimentos Str., Kentriki Tower, 1061 Nicosia, Cyprus or via email at andria@kentriki.com.cy. Please note that in the event of your consent being withdrawn, we may not be able to provide you with our insurance services.

DATA PROCESSING CONSENT FORM
(Mandatory)

I have read the content of this form which has been provided to me by Kentriki Insurance and I consent to the collection and processing of my personal data described above, for the provision of insurance services.

	Full Name	Signature	
Insured:	_____	_____	**Date:**_____

DATA PROCESSING CONSENT FORM - MARKETING PURPOSES
(To be completed only in case you wish to be included in our mailing list in order to receive direct marketing for our Company's services)

I wish to be informed about the services, products or offers that Kentriki Insurance will offer from time to time. For this purpose, I consent to the processing of my personal data by Kentriki Insurance in order to send these updates and communication to my email.

	Full Name	Signature	
Insured:	_____	_____	**Date:**_____

ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Η πληρωμή του ασφαλίστρου με μετρητά , επιταγή, χρεωστική / πιστωτική κάρτα ή κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό γίνεται στο όνομα της Κεντρικής Ασφαλιστικής Εταιρείας Λτδ είτε υπάρχει ασφαλιστικός διαμεσολαβητής είτε όχι.

Η απόδειξη πληρωμής είναι η επίσημη απόδειξη της Κεντρικής Ασφαλιστικής Εταιρείας Λτδ και σε αυτήν περιλαμβάνεται το ονοματεπώνυμο σας, το ποσό και ο αριθμός του ασφαλιστικού σας συμβολαίου για το οποίο γίνεται η πληρωμή. Οι επιλογές πληρωμής που έχετε είναι :

Α) Εφάπαξ καταβολή όλου του ποσού ☐
Β) Τρεις μηνιαίες δόσεις . Η πρώτη με την συμπλήρωση της πρότασης ασφαλείας, και οι υπόλοιπες δύο τους επόμενους δύο μήνες. ☐

Επισημαίνουμε ότι για να ισχύει η ασφαλιστική σας κάλυψη είναι απαραίτητο να έχουν εξοφληθεί έγκαιρα τα ασφάλιστρα του συμβολαίου σας με έναν από πιο κάτω τρόπους.

1 . ΠΛΗΡΩΜΗ ΜΕΣΩ ΠΙΣΤΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΧΡΕΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΡΤΩΝ
Με Χρεωστική/ Πιστωτική Κάρτα κάνοντας χρήση της υπηρεσίας JCC Smart της Εταιρείας JCC , μέσω διαδικτύου, όλο το 24ωρο και τις 365 μέρες του χρόνου , χωρίς καμία επιπρόσθετη χρέωση .
2. ΠΛΗΡΩΜΗ ΜΕ ΜΕΤΡΗΤΑ Η ΧΡΕΩΣΤΙΚΗ /ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ
Με μετρητά ή χρεωστική / πιστωτική κάρτα πληρώνοντας στα κατά τόπους καταστήματα ή τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές.
3. ΠΛΗΡΩΜΗ ΜΕ ΕΠΙΤΑΓΗ
Με επιταγή σε διαταγή « Κεντρική Ασφαλιστική Εταιρεία Λτδ » και παράδοση της στα κατά τόπους καταστήματα ή στον ασφαλιστικό σας διαμεσολαβητή .
4. ΠΛΗΡΩΜΗ ΜΕΣΩ ΤΡΑΠΕΖΗΣ
Με μεταφορά προς ή κατάθεση σε έναν από τους πιο κάτω τραπεζικούς λογαριασμούς , αναφέροντας τον αριθμό λογαριασμού και το Όνομα Ασφαλισμένου.

ΤΡΑΠΕΖΑ	IBAN	ΑΡ . ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	SWIFT CODE	
Τράπεζα Κύπρου	CY08002001990000001200379800	019912003798	BCYPCY2N	☐
Eurobank	CY75018000060000200100034247	200100034247	ERBKCY2N	☐
Ελληνική Τράπεζα	CY37005001160001160108533201	1160108533201	HEBACY2N	☐

Ονοματεπώνυμο : ..... Αρ . Συμβολαίου : .....

Αρ . ταυτότητας: ..... Υπογραφή : .....

PAYMENT PLAN OPTIONS

The payment of your premium in any form , cash , cheque , credit card , bank account deposit , is made in the name of KENTRIKI INSURANCE CO LTDregardless of the involvement or not of an insurance intermediary.

You will always be given an official receipt of KENTRIKI INSURANCE CO LTD which includes your full name , the amount paid and the policy number it relates to . Your payment options are:

A) A one -off payment of the full amount ☐
B) Three monthly payment instalments . The first instalment is payable on proposal's completion . The second and third instalments are payable within next two months . ☐

Please note that in case the premium is not paid on the due date the policy is considered as cancelled . Premium payment options are :

1 . PAYMENT BY DEBIT OR CREDIT CARD
By Debit /Credit Card through JCC Smart payment system , 24 hours a day , 365 days a year, at no extra cost .
2. PAYMENT CASH OR DEBIT /CREDIT CARD
By cash or debit / credit card at our branches in all cities or to your Insurance Intermediary.
3. PAYMENT BY CHEQUE
By cheque in favour of " Kentriki Insurance Co Ltd " at our branches in all cities or to your Insurance Intermediary ..
4. PAYMENT BY BANK
By transfer or deposit to the accounts below , stating the account number and the Insured Name .

BANK	IBAN	BANK ACCOUNT	SWIFT CODE	
Bank of Cyprus	CY08002001990000001200379800	019912003798	BCYPCY2N	☐
Eurobank	CY75018000060000200100034247	200100034247	ERBKCY2N	☐
Hellenic Bank	CY37005001160001160108533201	1160108533201	HEBACY2N	☐

Name and Surname: ..... Policy No: .....

Identity No: ..... Signature : .....