

ALTIUS INSURANCE LTD

ΓΩΝΙΑ ΛΕΩΦ. KENNENTY & ΟΔΟΥ ΣΤΑΣΙΝΟΥ/CORNER KENNEDY AVENUE & STASINOU STR.

Τ.Θ. 26516, 1640 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΚΥΠΡΟΣ/P.O. BOX 26516, 1640 NICOSIA, CYPRUS

ΤΗΛ.: +357 22379999, ΦΑΞ: + 357 22379137/ TEL.: +357 22379999, FAX: + 357 22379137

 E-MAIL: customer_service@altiusinsurance.com.cy
ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ – EMPLOYERS LIABILITY CLAIM FORM

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως
 Παρακαλούμε χρησιμοποιείστε κεφαλαία γράμματα και μην αφήνετε κενά ή απαντάτε τις ερωτήσεις με παύλα
 Each of these questions must be answered completely
 Please use capital letters and do not leave blanks or answer the questions with a dash

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ / For internal Use		
Αριθμός Απαίτησης Claim Number	Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Είδος Συμβολαίου Type of Policy
Κωδικός Ασφαλιστή Agent's Code	Ημερομηνία Λήξης Expiry Date	Απαλλαγή Excess

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / Employer's details	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Name of insured	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Διεύθυνση Address	Τηλέφωνο εργασίας Telephone No. (Work)
Είδος εργασίας Occupation	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile)
Αρ. Μητρώου Εργοδότη Employer's Social Insurance Number	Αριθμός τηλεομοιότυπου Fax number
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	Αριθμός ΦΠΑ VAT number

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ / Policy Details	
Αριθμός Συμβολαίου Policy Number	Ημερομηνία λήξης Expiry date
Έχουν πληρωθεί τα ασφάλιστρα; Has the premium been paid?	Αριθμός απόδειξης Receipt number
Διεύθυνση κινδύνου Risk address	
Πόσους υπαλλήλους εργοδοτείτε; How many employees do you occupy?	
Υπάρχει άλλο Συμβόλαιο το οποίο να παρέχει κάλυψη για το ατύχημα; Εάν Ναι δηλώστε όνομα Ασφαλιστικής Εταιρίας και αρ. Συμβολαίου. / Is there any other Policy that provides coverage for the accident? If Yes please provide the name of the Insurance Company and the Policy Number.	

3. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ / Details related to injured		
Όνομα Name	Επίθετο Surname	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων Social insurance number	Ημερομηνία γεννήσεως Date of birth	
Υπηκοότητα Citizenship	Τηλέφωνο οικίας Telephone No. (Home)	
Διεύθυνση Οικίας Home address	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Telephone No. (Mobile)	
Ο/Η τραυματίας εργοδοτείται από εσάς; Is the injured employed by you?	Από πότε ευρίσκεται στην υπηρεσία σας; Since when is he/she employed by you?	
Ποια είναι η θέση και τα καθήκοντα του/της; What are his/her duties and position?		
Ο μισθός του/της καταβάλλεται από εσάς; Is his/her salary paid by you?		

Εάν ο/η τραυματίας βρίσκεται στην άμεση εργοδότησή σας, από πού λαμβάνει οδηγίες για την εκτέλεση των καθηκόντων του/της και ποιος τον/την επιβλέπει;

If the injured is in your direct employment, who gives the directions/instructions to perform his/hers duties and who is his/hers supervisor?

Εάν ο/η τραυματίας δεν βρίσκεται στην άμεση εργοδότησή σας, από πού λαμβάνει οδηγίες για την εκτέλεση των καθηκόντων του/της και ποιος τον/την επιβλέπει;

If the injured is not in your direct employment, who gives the directions/instructions to perform his/her duties and who is his/her supervisor?

Ο/Η τραυματίας πληρώνεται μηνιαία ή εβδομαδιαία;

Is the injured paid monthly or weekly?

Παρακαλούμε δηλώστε τα ακόλουθα:

Please state the following:

- | | |
|--|--------|
| i) Σύνολο μηνιαίων/εβδομαδιαίων απολαβών
Total monthly/weekly earnings | €..... |
| ii) Μείον Φόρος Εισοδήματος
Less Income Tax | €..... |
| iii) Μείον Κοινωνικές Ασφαλίσεις
Less Social Insurance | €..... |
| iv) Μείον άλλες αποκοπές
Less other deductions | €..... |
| v) Καθαρό Ποσό Απολαβών
Net Earnings | €..... |

Σημείωση: Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε αντίγραφο της Δήλωσης των Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Note: Please attach Social Insurance Declaration copy

Πότε πληρώθηκε για τελευταία φορά ο/η τραυματίας;

When was the injured last paid?

Ποιο ποσό πληρώθηκε από εσάς κατά την απουσία του/της;

What amount has been paid by you in his/her absence?

4. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / Details related to the accident

Ημερομηνία Date	Ωρα Time	π.μ./μ.μ. a.m./p.m.
---------------------------	--------------------	-------------------------------

Σε ποιο μέρος συνέβηκε το ατύχημα;

Where did the accident happen?

Κατά τη στιγμή του ατυχήματος ο/η τραυματίας:

At the time of the accident the injured:

- i) εργαζόταν στο χώρο εργασίας σας;**
was working in your workplace?
- ii) εργαζόταν στο χώρο εργασίας άλλου εργοδότη; Εάν Ναι παρακαλούμε όπως δώσετε λεπτομέρειες.**
was working in the workplace of another employer? If Yes please provide details.
.....
- iii) ή άλλο; Παρακαλώ προσδιορίστε:**
or other? Please specify:

Περιγράψτε τη φύση των εργασιών που εκτελούσε ο/η τραυματίας κατά τη στιγμή του ατυχήματος.
Describe the nature and the conditions under which the tasks were performed by the injured at the time of the accident.

Πότε αναφέρθηκε, σε εσάς ή στον αντιπρόσωπό σας, το ατύχημα, για πρώτη φορά και από ποιόν;
When was the accident initially reported to you or your representative and by whom?

Έχει αναφερθεί το ατύχημα στο αρμόδιο τμήμα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων;
Has the accident been reported to the relevant department of Ministry of Labor and Social Insurance?

Κατά την ώρα του ατυχήματος ο/η τραυματίας εργαζόταν για λογαριασμό σας;
Was the injured working on your part at the time of the accident?

Περιγράψτε με λεπτομέρεια το είδος εργασίας που εκτελούσε ο/η τραυματίας κατά την ώρα του ατυχήματος και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα.
Describe in detail the type of work the injured was performing at the time of the accident and the circumstances under which the accident occurred.

Ποιος κατά τη γνώμη σας ευθύνεται για το συμβάν;
Who is responsible for the incident in your opinion?

Παρακαλούμε να δοθούν τα στοιχεία του ατόμου που μετέφερε τον/την τραυματία στο γιατρό.
Please provide the person's details who transferred the injured at the doctor.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / Independent eye witnesses details		
Δώστε ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνα, ανεξάρτητων μαρτύρων. Provide full name, address and telephone numbers, of independent eye witnesses.		
Όνοματεπώνυμο Full Name	Διεύθυνση Address	Τηλέφωνο Telephone
1.		
2.		
3.		
4.		

6. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ / Details related to the injury

Παρακαλούμε δώστε σύντομη περιγραφή των τραυματισμών που έχει υποστεί ο/η τραυματίας ως αποτέλεσμα του ατυχήματος.
Please provide a brief description of the injury sustained as a result of the accident.

Ο/Η τραυματίας έχει συμβουλευτεί γιατρό; Εάν Ναι παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση του γιατρού και του ιατρικού κέντρου.
Has the injured consulted a doctor? If Yes, please provide the name and address of the doctor and of the medical center.

Ποια φαρμακευτική και άλλη ιατρική φροντίδα δόθηκε στον/στην τραυματία;
Which pharmaceutical and other medical care was given to the injured?

Ποιο το συνολικό κόστος της Ιατρικής Φροντίδας;
What is the total cost of the medical care?

Ο/Η τραυματίας παρέμεινε εκτός εργασίας ως αποτέλεσμα του ατυχήματος;
Was the injured unable to work as a result of the accident?

Ο/Η τραυματίας είναι ακόμα εκτός εργασίας;
Is the injured unable to work?

- i) Εάν Όχι, πόσες μέρες συνολικά έχει μείνει εκτός εργασίας;
If No, how many days was he/she unable to work in total?
- ii) Εάν Ναι, πότε αναμένεται ότι θα αναλάβει εκ νέου τα καθήκοντα του;
If Yes, when is he/she expected to return to his/hers duties?

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Εγώ/εμείς δηλώνω/ουμε ότι εξ' όσων γνωρίζω/ουμε οι πιο πάνω πληροφορίες είναι από όλες τις απόψεις αληθινές και σας εξουσιοδοτώ/ουμε όπως επιληφθείτε εξ' ονόματος μου/μας οποιαδήποτε ζητήματα έχουν σχέση με το πιο πάνω ατύχημα. Οποιαδήποτε κλήση ή άλλα έγγραφα ή αλληλογραφία που έχουν οποιαδήποτε σχέση με την πιο πάνω υπόθεση αναλαμβάνω/ουμε να τα παραδώσω/ουμε αμέσως στην ALTIUS INSURANCE LTD.

I/ we declare that to the best of my/our knowledge the above information is in all respects true and therefore I/we authorize you on my/our behalf to deal with any issues related to the above accident. Any summons or other documents or correspondence that have any relation to the above case I/we undertake to deliver them immediately in ALTIUS INSURANCE LTD.

Υπογραφή Εργοδότη
Signature of Employer

Ημερομηνία
Date

Σημ: Συμπλήρωση ή αποδοχή του παρόντος Εντύπου δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την ALTIUS INSURANCE LTD.
Note: The completion or acceptance of this Form does not imply admission of liability by ALTIUS INSURANCE LTD.

8. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ / Agent's Remarks