

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ – EMPLOYERS LIABILITY CLAIM FORM

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως.
 Παρακαλούμε χρησιμοποιείτε 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.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / EMPLOYER'S DETAILS	
Πλήρες όνομα Ασφαλισμένου Full Name of insured	Αριθμός ταυτότητας Identity card number
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας Home address	Αριθμός μητρώου εταιρείας Company register number
Διεύθυνση αλληλογραφίας Correspondence address	Τηλέφωνο εργασίας Work telephone No.
Είδος εργασίας Occupation	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Mobile telephone No.
Αρ. Μητρώου Εργοδότη Employer's Social Insurance Number	Αριθμός τηλεομοιότυπου Fax number
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	

2. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ / POLICY DETAILS			
Αριθμός Ασφαλιστηρίου Policy Number			
Διεύθυνση κινδύνου Risk address			
Πόσους υπαλλήλους εργοδοτείτε; How many employees do you occupy?			
Υπάρχει άλλο Ασφαλιστήριο το οποίο να παρέχει κάλυψη για το ατύχημα; Is there any other Policy that provides coverage for the accident?	☐ ΝΑΙ YES	☐ ΟΧΙ NO	☐
Εάν Ναι δηλώστε όνομα ασφαλιστικής εταιρείας και Αρ. Ασφαλιστηρίου. If Yes, please provide the name of the Insurance Company and the Policy Number.			

3. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ / DETAILS RELATED TO THE INJURED PERSON		
Πλήρες Όνομα Full Name	Αριθμός ταυτότητας Identity card number	
Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων Social insurance number	Ημερομηνία γεννήσεως Date of birth	
Τηλέφωνο οικίας Home telephone No.	Αριθμός κινητού τηλεφώνου Mobile telephone No.	
Διεύθυνση οικίας Home address		
Από πότε βρίσκεται/βρισκόταν στην υπηρεσία σας; Since when he/she is/was employed by you?		
Ποια είναι η θέση και τα καθήκοντα του/της; What are his/her duties and position?		
	☐ ΝΑΙ YES	☐ ΟΧΙ NO
Ο/Η τραυματίας εργοδοτείται από εσάς; Is the injured employed by you?	☐	☐

Ο μισθός του/της καταβάλλεται από εσάς; Is his/her salary paid by you?			
		ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Ο/η τραυματίας βρίσκεται στην άμεση εργοδότησή σας; Is the injured person in your direct employment?			
Εάν Ναι, από πού λαμβάνει οδηγίες για την εκτέλεση των καθηκόντων του/της και ποιος τον/την επιβλέπει; If Yes, who gives the directions/instructions to perform his/her duties and who supervises him/her?			
Ο/Η τραυματίας πληρώνεται μηνιαία ή εβδομαδιαία; Is the injured paid monthly or weekly?	Μηνιαία Monthly		Εβδομαδιαία 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 occur?			
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; was working in the workplace of another employer?			
Εάν Ναι παρακαλούμε όπως δώσετε λεπτομέρειες. If Yes, please provide details.			
iii) ή άλλο; Παρακαλώ προσδιορίστε: or other? Please specify:			
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 τη φύση των εργασιών που εκτελούσε ο/η τραυματίας κατά τη στιγμή του ατυχήματος.
Describe the nature and the conditions of the injured's duties 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?

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/νοσοκομείο.
Please provide the person's details who transferred the injured to the doctor/hospital.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ / INDEPENDENT EYEWITNESSES' DETAILS

Δώστε πλήρες όνομα και τηλέφωνο ανεξάρτητων μαρτύρων.
Provide full name and telephone number of independent eyewitnesses.

Πλήρες Όνομα Full Name	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 injuries sustained as a result of the accident.

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?		
	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Ο/Η τραυματίας έχει συμβουλευτεί γιατρό; Has the injured consulted a doctor? Εάν Ναι, παρακαλούμε δηλώστε όνομα και διεύθυνση του γιατρού και/ή του ιατρικού κέντρου. If Yes, please provide the name and address of the doctor and/or of the medical center.		
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/her duties?		

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του έντυπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία στοιχεία τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη και για αξιολόγηση από επαγγελματίες που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ο «ΓΚΠΔ»), και τις συναφείς νομοθεσίες, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης. Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνομαι το δικαίωμα της Εταιρείας, εφόσον κατοχυρώσει ότι οι επαγγελματίες στους οποίους διαβιβάζει δεδομένα είναι εναρμονισμένοι με τον ΓΚΠΔ και προτού προβεί στη διαβίβαση των προσωπικών μου δεδομένων σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος. Επίσης, εξουσιοδοτώ τις Αρμόδιες Αρχές και τις Ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση, εφ' όσον ζητηθούν από την Εταιρεία. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει.	I hereby declare that the information provided by me in the context of this form is truthful, exact and complete. At the requisition of compensation stage, I declare to provide to the Company data that may be used as proof necessary for the evaluation completed by Professionals working with the Company, subject to the provisions of the General Data Protection Regulation EU 2016/679 (the «GDPR»), as amended, only of what data is completely relevant and necessary for the purpose of examining a claim in the event that the Company considers that this is absolutely necessary so as to decide whether or not to pay compensation under the terms of my insurance policy and/or so as to determine the amount of the indemnity. Therefore, I acknowledge the Company's right considering that it ensures that the professionals to whom it discloses the data are acting in accordance with the GDPR and shares my personal data to third parties to the extent required for the performance of a contract, due to legal obligations and legitimate interest. I further authorise the relevant Authorities and the Insurance companies, to provide complete information in relation to the present claim if requested by the Company. This form has been completed by me and/or following my instructions and I have checked it.
Υπογραφή Ασφαλισμένου Signature of Insured	
Ημερομηνία Date	

8. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ / CONSENT FORM FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA	
ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ Η ALTIUS INSURANCE LTD (η «Εταιρεία»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες σας, στο πλαίσιο σας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση σας Πρότασης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλιστρών, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτά τα δεδομένα θα διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας των δεδομένων. Η Εταιρεία λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση επαρκούς προστασίας των δεδομένων. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.	PURPOSE OF COLLECTION AND PROCESSING ALTIUS INSURANCE LTD (the «Company»), its intermediaries and associates, within the context of the provision of insurance services (including, inter alia, the examination of the Proposal for the provision of insurance services, the pricing and collection of premiums, the assessment of a claim for the payment of compensation) intends to collect and process personal data that concern you or concern minors on whose behalf you provide their consent as their guardian. In certain occasions the data will be transferred to third countries which do not offer an adequate level of data protection. The Company takes all necessary measures in order to ensure an adequate level of data protection. It is necessary that we collect and process such data so that we can provide you with insurance services.
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Εταιρείας την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα https://www.altiusinsurance.net, περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά.	COMPANY'S POLICY FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA When the Company collects and processes personal data, it ensures that this is carried out lawfully and that all necessary measures are taken so as to ensure their safety. Company's Policy for the Processing of Personal Data, which you may find on https://www.altiusinsurance.net, contains further information on the processing of personal data that is carried out; please read it carefully.
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: • Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης, • Πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών, • Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας, • Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας, • Πληροφορίες για τα περιουσιακά σας στοιχεία, • Πληροφορίες τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την Εταιρεία, • Πληροφορίες κατά πόσο βαρύνεστε από προηγούμενες καταδίκες σχετικά με την χρήση του μηχανοκίνητου σας οχήματος, ή αν εκκρεμεί δικαστική διαδικασία εναντίον σας, • Ασφαλιστικό ιστορικό	CATEGORIES OF PERSONAL DATA For the provision of insurance services we collect and process the following main categories of Personal Data: • Personal data and identification data, • Bank account information, • Information concerning your health status, • Information obtained through the use of our website, • Information concerning your assets, • Information you provide during a phone call with the Company, • Information on whether you are subject to previous convictions regarding the use of your motor vehicle, or whether legal proceedings are pending against you, • Insurance history.
ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Σκόπα 8, 1075 Λευκωσία, Τ.Θ. 26516, 1640 Λευκωσία, Κύπρος ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@altiusinsurance.com.cy. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.	WITHDRAWAL OF CONSENT In case you wish to withdraw your consent to the processing of your personal data, please let us know in writing by sending a letter at the address 'Skopa 8, 1075 Nicosia, P.O.Box 26516, 1640 Nicosia' or to the email address dpo@altiusinsurance.com.cy. Please note that if you withdraw your consent, we may not be able to provide our insurance services to you.
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την Εταιρεία και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.	CONSENT DECLARATION I have read the contents of this form which has been provided to me by Company and I consent to the collection and processing of the personal data described above for the purpose of providing insurance services.
Υπογραφή Ασφαλισμένου Signature of Insured	
Ημερομηνία Date	