



ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ
Κεντρικά Γραφεία: Υδρογίος 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 ΚΛΑΔΟΥ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ /
EMPLOYER'S LIABILITY CLAIM FORM**

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

για χρήση από την Εταιρεία μόνο / for internal use only

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

Αρ. Απαίτησης
Claim No:

► Ο Ασφαλισμένος / The Insured

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις του εντύπου 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 the accident. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.: _____ Αρ. Πρώτου Συμβολαίου / Initial Policy No.: _____ Αρ. Ανανέωσης / Renewal No.: _____

Πλήρες Όνομα / Full Name: _____ Τηλέφωνο / Tel: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____ Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: _____

Είδος Επιχείρησης / Υπηρεσίας: _____ Αρ. Εργοδότη Κοιν. Ασφ. / Employer Identification Number: _____

Αριθμός Εργοδοτούμενων / Number of Employees: _____ Σύνολο μισθών και ωφελημάτων / Total Salaries and Benefits: _____ Την εβδομάδα/Per week _____ Το μήνα/Per month _____

► Ο Τραυματισμένος / The Injured

Πλήρες Όνομα / Full Name: _____ Ηλικία / Age: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____

Εβδομαδιαίες/μηνιαίες Απολαβές κατά την ημέρα του Ατυχήματος / Weekly/Monthly remuneration from the day of the Accident € _____ Τηλ. / Tel.: _____

Ημερομηνία Πρόσληψης στην Εταιρεία / Recruitment date at the company _____ Επάγγελμα/Ειδικότητα / Profession/Specialty _____

► Λεπτομέρειες Τραυμάτων / Injuries Details

Περιγράψτε τα τραύματα ή τις κακώσεις που υπέστη ο/η υπάλληλος σας και επισυνάψατε τα σχετικά πιστοποιητικά / Describe the injuries and/or damages suffered by your employee and please submit all respective certificates.

Στοιχεία Νοσοκομείου ή Κλινικής που νοσηλεύτηκε ο/η τραυματίας / Details of Hospital and/or clinic where the injured person has being treated.

Όνομα / Name: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____ Τηλ. / Tel.: _____

Όνομα Περιθάλποντος Ιατρού / Name of the prescribing physician _____ Αρ. Ημ. Παραμονής / Date of Stay: _____

Πότε κατά την γνώμη των γιατρών θα επιστρέψει στην εργασία του; / In the opinion of the physician, when he/she will return to work? _____

► ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / THE ACCIDENT

Ημ. Ατυχήματος / Date of the Accident: _____ Ώρα / Time: _____ π.μ/μ.μ / a/m p.m _____ Τοποθεσία / Location.: _____

► ΑΥΤΟΠΤΕΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ / EYE WITNESSES

Όνομα / Name: _____

Διεύθυνση / Address: _____

Εκτελούσε, κατά την ώρα του τραυματισμού, μέρος των συνηθισμένων καθηκόντων του/της; / State whether the employee was performing his/her usual duties at the time of injury?
Αν ΟΧΙ, από ποιόν πήρε εντολή να εκτελέσει την εργασία από την οποία τραυματίστηκε; / If NO, who instructed his/her to perform the work from which he/she was injured?

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Εργαζόταν σε μηχανήμα ο/η υπάλληλος κατά τη στιγμή του ατυχήματος; / Was the employee working on the machine at the time of the accident?
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε το είδος και τον τύπο του μηχανήματος / If YES, please state the type of model of the machinery

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Το ατύχημα οφείλεται σε τεχνικό ελάττωμα της οικοδομής/μηχανήματος/εργαλείου που χρησιμοποιούσατε; / State whether the accident is due to a technical defect of the building/machine and/or tool used.
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομέρειες / If YES, please give details

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Το ατύχημα οφείλεται σε αμέλεια άλλου προσώπου; / State whether the accident is due to the neglect of another person
Αν ΝΑΙ, ποιου και γιατί; / If YES, who and why?

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Επέδειξε αμέλεια ή δεν υπάκουσε στις οδηγίες σας ο/η τραυματισμένος/η ώστε να ευθύνεται και ο/η ίδιος/α για το ατύχημα; / State whether the employee has shown negligence or has failed to doeyed your instructions in a such a way which is also responsible for the accident
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε τους λόγους / If YES, mention the reasons

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Έχετε καταγγείλει το ατύχημα στο Υπουργείο Εργασίας; / Have you denounced the accident at the Ministry of Labor?
Αν ΟΧΙ, αναφέρατε τους λόγους / If NO, mentions the reasons:

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Περιγράψτε με λεπτομέρεια πως συνέβηκε το ατύχημα / Describe in detail how the accident occurred.

► ΣΧΟΛΙΑ/ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / COMMENTS/EMPLOYER REMARKS

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα, θεωρείται ότι ως ο εργοδότης έχετε οποιαδήποτε ευθύνη, και γιατί; / Taking into consideration the circumstances under which the accident occurred, as an employer do you consider your self responsible, if so why?

Ποιος έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας στον τραυματία; / Taking into consideration the circumstances under which the accident occurred, as an employer do you consider your self responsible, if so why?

► ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω/ουμε ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και με την παρούσα αναθέτω/ουμε στην Εταιρεία σύμφωνα με τους όρους του Συμβολαίου, τον χειρισμό όλων των απαιτήσεων, αναφορικά με ατυχήματα, νοουμένου ότι το Συμβόλαιο εφαρμόζεται και αναλαμβάνω/ουμε να δώσω/ουμε οποιαδήποτε πληροφορία και βοήθεια προς την εταιρεία

I hereby declare that all of the above data is true and in this we/I hereby assign to the company, in accordance with the Terms of the policy, the handling of all claims in respect of accidents considering that the policy is applied and I undertake to give any information and/or assistance to the company.

Ημερ. / Date _____

Υπογραφή / Signature

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature