

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Όνομα Αρ. Εταιρείας / ΑΔΤ

Διεύθυνση Τηλέφωνο

Ηλεκτρονική δ/νση: Φαξ

Είδος επιχείρησης Άτομο για επικοινωνία:

Αριθμός υπαλλήλων που εργοδοτείτε:

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ

Όνομα Ηλικία ΑΔΤ

Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων Τηλέφωνο

Διεύθυνση Κατοικίας

Καθαρές εβδομαδιαίες απολαβές κατά την ημέρα του ατυχήματος €

Επάγγελμα / Ειδικότητα

Ημερομηνία Πρόσληψης Έτυχε κατάλληλης εκπαίδευσης ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία ατυχήματος..... Ώρα π.μ. / μ.μ.

Τόπος ατυχήματος

Αυτόπτες μάρτυρες (αναφέρετε όνομα, ιδιότητα και τηλέφωνο επικοινωνίας):

α)

β)

Σύντομη περιγραφή ατυχήματος:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Όταν ο υπάλληλος τραυματίστηκε εκτελούσε τα συνήθη καθήκοντα του; ΝΑΙ / ΟΧΙ.
Εάν 'ΟΧΙ' δώστε λεπτομέρειες
.....
2. Εάν ο υπάλληλος κατά το χρόνο του ατυχήματος εργαζόταν σε μηχάνημα, αναφέρετε το είδος και τύπο του μηχανήματος:
.....
3. Θεωρείτε ότι το ατύχημα οφείλεται σε τεχνικό ελάττωμα της οικοδομής ή του μηχανήματος ή άλλου εργαλείου που χρησιμοποιούσε ο υπάλληλος;
.....
4. Ποιος έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας του υπαλλήλου;
.....
5. Ο υπάλληλος ακολούθησε τις οδηγίες και συνήθη διαδικασία για την εκτέλεση της εργασίας του: ΝΑΙ / ΟΧΙ. Εάν 'ΟΧΙ' δώστε λεπτομέρειες
.....
6. Θεωρείτε ότι ο τραυματισθείς υπάλληλος επέδειξε οποιαδήποτε αμέλεια; ΝΑΙ / ΟΧΙ.
Εάν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες
.....
7. Θεωρείτε ότι το ατύχημα οφείλεται σε αμέλεια άλλου προσώπου; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Εάν 'ΝΑΙ' δώστε λεπτομέρειες
.....
8. Έχετε γνωστοποιήσει το ατύχημα στο αρμόδιο Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Εάν 'ΟΧΙ' αναφέρετε τους λόγους:
.....
Εάν 'ΝΑΙ' έγινε επιτόπου διερεύνηση από επιθεωρητή του Γραφείου; ΝΑΙ / ΟΧΙ
9. Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες του ατυχήματος θεωρείτε ότι έχετε ευθύνη ως εργοδότες; (αιτιολογείστε τη θέση σας)
.....

.....

ΦΥΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ (επισυνάψετε ιατρικό πιστοποιητικό / δελτίο αναρρωτικής άδειας)

Περιγράψτε τα τραύματα που υπέστη ο υπάλληλος και τη θεραπεία που έλαβε:

.....
.....

Νοσηλευτικό κέντρο και ιατρός που περιέθαλψε τον υπάλληλο

.....

Πόσες μέρες παρέμεινε ή θα παραμείνει στο Νοσοκομείο/Κλινική και τότε αναμένεται ότι θα επιστρέψει στην εργασία του;

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω/ουμε ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και με την παρούσα αναθέτω/ουμε στην Εταιρεία, σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου, το χειρισμό όλων των Απαιτήσεων και υπεράσπιση στο Δικαστήριο σχετικά με το ατύχημα, νοουμένου ότι το Ασφαλιστήριο εφαρμόζεται. Περαιτέρω εξουσιοδοτώ/ούμε την Εταιρεία να διευθετεί οποιαδήποτε Απαίτηση την οποία μπορεί να θεωρήσει λογική χωρίς άλλη αναφορά σε εμένα/εμάς και αναλαμβάνω/ουμε να παρέχουμε οποιαδήποτε πληροφορία και βοήθεια όποτε μου/μας ζητηθεί.

Ημερομηνία:

Υπογραφή
(και σφραγίδα σε περίπτωση νομικής οντότητας)

Όνομα υπογράφοντος:

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

Η συλλογή και επεξεργασία των πιο πάνω προσωπικών δεδομένων του υπαλλήλου σας γίνεται αποκλειστικά για τη διαχείριση της Απαίτησής σας στο πλαίσιο εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης. Παρακαλούμε όπως, προτού μας γνωστοποιήσετε τέτοια προσωπικά δεδομένα, βεβαιωθείτε ότι οι υπάλληλοι σας έχουν λάβει γνώση της Δήλωσης Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων* σύμφωνα με τις απαιτήσεις της ισχύουσας νομοθεσίας για την προστασία προσωπικών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένου του ΓΚΠΔ, καθώς και ότι έχετε εξασφαλίσει τις απαραίτητες συγκαταθέσεις σε σχέση με την εκπλήρωση των συμβατικών μας υποχρεώσεων και υπηρεσιών.

*Η Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα μας www.genikesinsurance.com.cy. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.