

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλούμε διαβάστε τις πιο κάτω οδηγίες με προσοχή
IMPORTANT NOTE: Please read the following instructions carefully

1. Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με κάθε λεπτομέρεια και προσοχή.
Complete this form carefully and in detail.
2. Θα βασιστούμε στις απαντήσεις αυτές για να εξετάσουμε την απαίτησή σας.
The handling of your claim shall be based on your answers.
3. Λανθασμένες απαντήσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν το δικαίωμά σας να έχετε έγκυρη απαίτηση.
Any wrongful answers may affect the validity of your claim.
4. Η συμπλήρωση ή παραλαβή του εντύπου αυτού από την Εταιρεία δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την Εταιρεία.
The completion of this form or its receipt by the Company does not constitute acceptance of liability by the Company.
5. Αν υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας πρέπει να επικοινωνήσετε αμέσως με την Εταιρεία προτού δώσετε οποιαδήποτε απάντηση.
If any claim is made against you, you must contact the Company before giving any form of commitment.

Λεπτομέρειες Ατυχήματος / Preliminary particulars of accident

1. Ασφαλισμένος / Insured

Αρ. Συμβολαίου / Policy No _____

Όνομα / Name _____

Διεύθυνση / Address _____

Εργασία / Business _____ Τηλ. / Tel. No _____

Πόσους υπαλλήλους εργοδοτείτε / No of employees _____

Αρ. Ταυτότητας / Identity Card _____

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / Company Registration No _____

Τι ποσό καταβάλλετε εβδομαδιαία σε όλους τους υπαλλήλους σας;

Weekly amount payable to employees € _____

2. Εργαζόμενος / Employee

Πλήρες όνομα / Full Name _____

Διεύθυνση / Address _____

Οικ. Κατάσταση / Marital Status _____ Ηλικία / Age _____

Απασχόληση / Occupation _____

Ακριβής περιγραφή καθηκόντων / Full description of his duties _____

Είναι κατ' ευθείαν εργοδοτούμενος σας και πληρώνεται από εσάς;
Is he in your direct employment and receiving wages from you? _____

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων / Social Insurance No _____

Αν όχι, είναι / If not, state whether _____

α) αυτοεργοδοτούμενος / self-employed? _____

β) εργοδοτείται από εργολάβο / Employed by a contractor? _____

Πόσο καιρό εργοδοτείται από εσάς; / How long has he been employed by you? _____

Όνομα και διεύθυνση προηγούμενου εργοδότη / Name and address of previous employer _____

Ποιές είναι κατά μέσο όρο οι εβδομαδιαίες απολαβές του προ του ατυχήματος;

What were his average weekly earning before the accident? € _____

α) Ακάθαρτα /Gross € _____

β) Καθαρά / Net € _____

Παρακαλώ επισυνάψτε την κάρτα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Please enclose the Social Insurance Card

3. Ατύχημα (Αν πρόκειται για ασθένεια, συμπληρώστε το 6) / Accident (If disease, complete section 6)

Ημερ. / Date _____ Ωρα / Time _____

Τόπος / Place _____

Λεπτομέρειες εργασίας που εκτελούσε τη στιγμή του ατυχήματος /
Particulars of work upon which the employee was engaged at the time of the accident _____

Εκτελούσε μέρος των καθηκόντων του; / Was he performing part of his duties? _____

Εργαζόταν σε κάποιο μηχάνημα; / Did the accident occur while employee was operating machinery? _____

Αν ναι, σημειώστε τον τύπο του μηχανήματος, μοντέλο και έτος κατασκευής /
If operating machinery, state type of machine and the maker's description, model and year of make _____

Το μηχάνημα σας ανήκει; Αν όχι, σε ποιόν ανήκει; /
Is the machine your own property? If not, to whom does it belong? _____

Κατά τη γνώμη σας φέρετε ευθύνη για το ατύχημα; /
According to your opinion are you responsible for the accident? _____

Ποιός έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας; /

Who was giving instructions regarding the work procedures? _____

Συνέβη το ατύχημα λόγω α) Ελαττώματος στα υποστατικά ή μηχανήματα; /

Did the accident occur as a result of a) Any defect of the premises, equipment or plant? _____

β) Αμέλειας άλλου υπαλλήλου; / b) The negligence of a fellow employee? _____

γ) Ανυπακοής σε οδηγίες εκ μέρους του υπαλλήλου; /

Any misconduct or disobedience of orders on the part of the employee? _____

δ) Αμέλειας του υπαλλήλου; / d) Negligence of the employee? _____

Αν η απάντηση είναι ναι, εξηγήστε τους λόγους / If yes please state the reasons _____

Πλήρης περιγραφή ατυχήματος / Description of accident _____

4. Ειδοποίηση και Μάρτυρες / Notification and Witnesses

Σε ποιόν και πότε αναφέρθηκε το ατύχημα; /

To whom was the accident first reported and when? _____

Αν δεν αναφέρθηκε, για ποιό λόγο δεν αναφέρθηκε; / If not reported, give explanation _____

Καταγράφηκε στο βιβλίο ατυχημάτων ή καταγγέλθηκε στο Γραφείο Εργασίας; /

Was the entry made in accident book or reported to the Labour Office? _____

Αν δεν αναφέρθηκε, για ποιό λόγο δεν αναφέρθηκε; / If not reported, give explanation _____

Όνομα, διεύθυνση και επάγγελμα μαρτύρων του ατυχήματος /

Give name, address and occupation of any person who witnessed the accident _____

5. Τραυματισμοί / Injuries

Τί τραυματισμό υπέστη ο εργοδοτούμενος; / What injury did the employee sustain? _____

Παρακαλώ επισυνάψετε σχετικά πιστοποιητικά / Please enclose medical reports

Πότε σταμάτησε να εργάζεται; / When did he cease work? _____

Έλαβε ιατρική περίθαλψη; / Did he receive medical attention? _____

Απο ποιόν; / If so, by whom? _____

Κρατήθηκε σε νοσοκομείο και σε ποιό; / Has he been admitted in the hospital and which? _____

Αν ναι, για πόσο; / If yes, for how long? _____

Είναι πλήρως ανίκανος για εργασία; / Is he totally disabled? _____

Πότε επέστρεψε ή θα επιστρέψει στην εργασία του; / Give date of return to work _____

Αναφέρετε κατά πόσο έχει αναλάβει πλήρη ή ελαφρότερα καθήκοντα /

State whether he has resumed light or full duties _____

6. Ασθένεια (αν δεν πρόκειται για ατύχημα / Disease (alternative to section 3)

Φύση ασθένειας / State nature of disease _____

Σε τι οφείλεται; To what is it attributed i.e. nature of substance, material or irritant? _____

Έπασχε από τέτοια ασθένεια όταν εργοδοτήθηκε; _____

Was he suffering from this disease on entering your employment? _____

Είχε προηγουμένως συμπτώματα κατά την διάρκεια της εργοδοσίας του; _____

Has he had any previous attacks while in your employment? _____

Πότε ειδοποιηθήκατε για την ασθένεια; / Date on which you were notified of the disease _____

Ημερομηνία που έπαψε να εργάζεται / Date on which the employee ceased work _____

Ποιά η φύση της εργασίας του; / What is the nature of the work on which he was engaged? _____

Για ποίο διάστημα έκανε αυτή την εργασία; / For what period has he been so engaged? _____

Έπαθαν άλλοι υπάλληλοι την ίδια ασθένεια τα τελευταία 3 χρόνια; / _____

Have any other employees suffered from the same disease during the past 3 years? _____

Έχουν ληφθεί ειδικά προστατευτικά μέτρα για αυτή την ασθένεια; / _____

Are there special precautions taken at your premises to prevent this particular disease? _____

Αν ναι, ποιά; / If so, give details _____

Ποιός ήταν ο προηγούμενος εργοδότης του υπαλλήλου; / Who was his previous employer? _____

7. Απαίτηση / Claim

Έχει υποβληθεί οποιαδήποτε απαίτηση από ή εκ μέρους του εργοδοτούμενου; / _____

Has any claim been made by or on behalf of the injured employee? _____

Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If so, give details _____

Δηλώνουμε ότι οι πληροφορίες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

I/We hereby declare that the information given on this form is true.

Υπογραφή _____ Ημερ. _____

Signature _____ Date _____



CNP ASFALISTIKI LIMITED

Λεωφ. Ακροπόλεως 17, 2006 Στρόβολος

T.Θ. 25218 .1307 Λευκωσία Τηλ. 22887600, Φαξ. 22887507, Website:www.cnpcyprus.com