

# Έντυπο Απαίτησης Κλάδου Ευθύνης Εργοδότη

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε όλες τις πιο κάτω ερωτήσεις όσο πληρέστερα μπορείτε. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός χρησιμοποιείτε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού.

Αρ. Απαίτησης   
(για χρήση από την Εταιρεία μόνο)

## Ο Ασφαλισμένος

Αρ. Ασφαλιστηρίου	Ημερ. Ανανέωσης	
Πλήρες Όνομα		
Διεύθυνση		Τηλέφωνο
Είδος Επιχείρησης / Υπηρεσίας	Αρ. Κοιν. Ασφ. Εργοδότη	
Αρ. Εργοδοτούμενων	Σύνολο μισθών και ωφελημάτων	την εβδομάδα/ το μήνα

## Ο Τραυματισμένος

Όνομα	Ημερ. Γεννήσεως
Διεύθυνση Οικίας	Τηλέφωνο Οικίας
Εβδομαδιαίες απολαβές κατά την ημέρα του ατυχήματος	Αρ. Ταυτότητας
Ημερομηνία πρόσληψης στην εταιρεία	Επάγγελμα / Ειδικότητα

## Λεπτομέρειες Τραυμάτων

Περιγράψτε τα τραύματα ή τις κακώσεις που υπέστη ο/η υπάλληλος σας και επισυνάψτε τα σχετικά πιστοποιητικά.

Νοσοκομείο ή Κλινική όπου νοσηλεύτηκε ο/η τραυματίας  
Διεύθυνση  
Αριθμός ημερών παραμονής στο νοσοκομείο ή κλινική  
Πότε κατά τη γνώμη των γιατρών θα επιστρέψει στην εργασία του/της;

## Το Ατύχημα

Ημερομηνία

Ωρα

Τοποθεσία

Αυτόπτες Μάρτυρες

Όνομα

Διεύθυνση

Όνομα

Διεύθυνση

Εκτελούσε, κατά την ώρα του τραυματισμού, μέρος των συνηθισμένων καθηκόντων του/της;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Αν όχι, απο ποιόν πήρε εντολή να εκτελέσει την εργασία στην οποία τραυματίστηκε;

Εργαζόταν σε μηχάνημα ο/η υπάλληλος κατά τη στιγμή του ατυχήματος;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε το είδος και τον τύπο του μηχανήματος

Το ατύχημα οφείλεται σε τεχνικό ελάττωμα της οικοδομής/μηχανήματος/εργαλείου που χρησιμοποιούσε;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες

Το ατύχημα οφείλεται σε αμέλεια άλλου προσώπου;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Επέδειξε αμέλεια ή δεν υπάκουσε στις οδηγίες σας ο/η τραυματισμένος/η ώστε να ευθύνεται και ο/η ίδιος/α για το ατύχημα;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρετε τους λόγους για τους οποίους ευθύνεται

Έχετε καταγγείλει το ατύχημα στο Υπουργείο Εργασίας;

ΝΑΙ  / ΟΧΙ

Αν όχι, αναφέρετε τους λόγους

Περιγράψτε με λεπτομέρεια πώς συνέβηκε το ατύχημα

## Σχόλια / Παρατηρήσεις Εργοδότη

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα, θεωρείτε ότι ως εργοδότης έχετε οποιαδήποτε ευθύνη και γιατί;

Ποιός έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας του τραυματία;

## Δήλωση

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και με την παρούσα αναθέτω στην Commercial General Insurance Ltd (CGI) σύμφωνα με τους όρους του Συμβολαίου, το χειρισμό όλων των απαιτήσεων, αναφορικά με το ατύχημα, νοουμένου ότι το Συμβόλαιο εφαρμόζεται και αναλαμβάνω να δώσω οποιαδήποτε πληροφορία και βοήθεια προς την CGI.

Συμφωνώ να παρέχω στην CGI δεδομένα και πληροφορίες τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη για την αξιολόγηση της απαίτησής μου από την CGI και/ή από οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο με το οποίο η CGI συνεργάζεται. Τα προσωπικά μου δεδομένα που συλλέγονται από την CGI είναι τα εντελώς συναφή και απαραίτητα για τους σκοπούς εξέτασης της απαίτησής μου βάσει τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία των Δεδομένων (GDPR) και την οποιαδήποτε συναφή νομοθεσία. Περαιτέρω, αναγνωρίζω το δικαίωμα της CGI να διαβιβάσει τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους, στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος, νοουμένου ότι η CGI έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για να διασφαλίσει ότι τα άτομα αυτά ακολουθούν τις πρόνοιες του GDPR σε σχέση με την ασφαλή επεξεργασία προσωπικών δεδομένων.

Αντιλαμβάνομαι επίσης πως στην περίπτωση κατά την οποία χρειάζομαι να λάβω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μπορώ να επικοινωνήσω με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI στην Διεύθυνση Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ' 101, 1071, Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο [DPO@cgi.com.cy](mailto:DPO@cgi.com.cy) ή να ανατρέξω στην δήλωση απορρήτου της CGI, η οποία βρίσκεται στην ιστοσελίδα <http://www.cgi.com.cy>.

Περαιτέρω, εξουσιοδοτώ τις Αρχές όπως την Αστυνομία και/ή άλλα ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση στην CGI, εφ' όσον αυτές ζητηθούν από την CGI για το σκοπό της αξιολόγησης της απαίτησής μου.

Υπογραφή Εργοδότη \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή Τραυματισμένου Εργοδοτούμενου \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_