



Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από τον Εργοδότη - Ασφαλισμένο και όχι από τον εργαζομένο. Καμιάς μορφής επιθεώρηση μηχανημάτων ή εγκαταστάσεων, εκτός αυτής των κυβερνητικών υπηρεσιών, δεν επιτρέπεται χωρίς τη συγκατάθεση της Εθνικής Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ. Οποιοδήποτε στοιχείο ή εξοπλισμός που μπορεί να φανεί χρήσιμο για τον προσδιορισμό ευθύνης θα πρέπει να διαφυλάσσεται προσεκτικά. Οποιαδήποτε αλληλογραφία με τρίτα μέρη σε σχέση με το συμβάν θα πρέπει να προωθείται αναπάντητη προς την Εταιρεία μας, άμεσα.

*This form must be completed by the Employer - Insured and not by the injured employee. No inspection of any plant or machinery other than by government officials should be permitted without the consent of Ethniki General Insurance (Cyprus) Ltd. Any evidence or equipment which may be useful in ascertaining liability should be carefully preserved. Any third party correspondence should be forwarded unanswered to our offices immediately.*

**ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**  
**FOR OFFICIAL USE**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ  
CLAIM NoΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ  
POLICY NoΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ  
POLICY EXPIRY DATE**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / EMPLOYER**Πλήρες Όνομα / Όνομα Εταιρίας (ή άλλου Νομικού Προσώπου)  
Full Name / Company Name (or other Legal Entity)Διεύθυνση  
AddressΤηλ. Εργασίας  
Tel. WorkΤηλ. Κινητό  
Tel. MobileΕίδος Εργασίας  
Type of BusinessΑρ. Εγγραφής Εταιρίας / Αρ. Ταυτότητας  
Company's Registration No / Id Card No**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ / EMPLOYEE**Όνομα Υπαλλήλου  
Name of Employer - InsuredΔιεύθυνση  
AddressΤηλ. Κινητό  
Tel. MobileΗλικία (Ημ. Γενν.)  
Age (D.O.B.)Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων / Αρ. Ταυτότητας  
Social Insurance No / Id Card NoΟικογενειακή κατάσταση  
Marital statusΘέση - Χρόνια υπηρεσίας  
Occupation - Years of employment

Θέση και καθήκοντα / Position and duties

Εβδομαδιαίος καθαρός μισθός / μηνιαίος καθαρός μισθός (να επισυναφθούν αποδεικτικά στοιχεία)  
Weekly net salary / monthly net salary (attach proofing evidence)Ήταν ο τραυματίας εργοδοτούμενος σας ή ανήκε στην υπηρεσία άλλου εργοδότη;  
Was the injured person in your direct employment or in the service of another employer?**3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / PARTICULARS OF ACCIDENT**  
(δηλώστε την ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος / state the date and time of the accident)Ημερομηνία  
DateΏρα (πμ / μμ)  
Time (a.m / p.m.)Τόπος ατυχήματος  
Exact accident locationΗμερομηνία από την οποία ο τραυματίας υπάλληλος σταμάτησε να εργάζεται  
Date of which the insured person ceased workingΣε ποια εργασία απασχολείτο ο υπάλληλος την ώρα του ατυχήματος;  
On what work was the employee engaged at the time of the accident?Υπάρχουν οποιασδήποτε ελαττώματα στα υποστατικά ή στα μηχανήματα;  
Are there any defects in the premises or the machinery?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Λεπτομέρειες / Details:

### 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / PARTICULARS OF ACCIDENT (συνέχεια / continued)

Ήταν το ατύχημα συνέπεια δραστηριότητας άλλου υπαλλήλου;  
Was the accident a result of an act of a fellow employee?

ΝΑΙ / YES

ΌΧΙ / NO

Δηλώστε τις ακριβείς συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη το ατύχημα / Give exact detail of the circumstance under which the accident happened

Δώστε ονόματα, διευθύνσεις και τηλέφωνα μαρτύρων. Δώστε οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες γνωρίζετε σχετικά με το ατύχημα.  
Furnish names, home address and phone numbers of witnesses of the accident. Furnish any further information in your possession bearing on accident

Έχει γίνει οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας;  
Has ever been any claim against you?

ΝΑΙ / YES

ΌΧΙ / NO

Έχει γίνει αναφορά του ατυχήματος στο υπουργείο εργασίας;  
Has the accident been declared to the ministry of labour?

ΝΑΙ / YES

ΌΧΙ / NO

### 4. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ / INJURIES SUSTAINED (να επισυναφθούν αποδεικτικά στοιχεία / attached proofing evidence)

Δηλώστε λεπτομερώς τη φύση και την έκταση των τραυματισμών / State fully the nature and extend of injuries:

Μεταφέρθηκε ο τραυματίας σε νοσοκομείο;  
Was the employee been taken to the hospital

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποιο  
If YES, which hospital

Επέστρεψε ο υπάλληλος στην εργασία του;  
Has the employee returned to work?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Αν ΝΑΙ, από πότε  
If YES, since when

Αν ΟΧΙ, πότε αναμένεται να επιστρέψει στην εργασία του;  
If NO, when is the employee expected to return?

Αμείβεται ο υπάλληλος κατά την απουσία του από την εργασία;  
Is the employee paid while absent form work

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Αν ΝΑΙ, μέχρι ποιο ποσό και για πόσο καιρό θα συνεχίσουν αυτές οι πληρωμές;  
If YES, for how much and for how long will such payments continue?

### 5. ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Είναι σημαντικό για τη δική σας προστασία να σημειώσετε ότι το συμβόλαιο σας προνοεί ότι ο Εργοδότης, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του Ασφαλιστή, δεν θα καταβάλει οποιαδήποτε πληρωμή ως πλήρη ή μερική διευθέτηση οποιασδήποτε απαίτησης που οφείλεται σε τραυματισμό υπαλλήλου και ούτε θα προβεί, ο Εργοδότης, χωρίς παρόμοια συγκατάθεση του Ασφαλιστή, σε οποιαδήποτε αποδοχή ευθύνης σε σχέση με τέτοια απαίτησης. / Important for your own protection, please note that your policy provides that the Employer shall not, without the consent in writing from the Insurers, make any payment, settlement in respect of any claim arising from injury to an employee, not shall the employer without such consent, make any admission of liability in respect of such claim.

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω είναι αναληθή και δεν έχω αποκρύψει / παραποιήσει οποιοδήποτε γεγονός ή στοιχείο  
/ We hereby declare that the above information is true and nothing else has been hidden / altered in any way

(Ισχύει για Νομικό Πρόσωπο): Δηλώνω ότι το παρόν έγγραφο συμπληρώνεται και υπογράφεται από εμένα (Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου .....), ως δεόντως εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο του νομικού προσώπου, τα στοιχεία του οποίου αναγράφονται πιο πάνω. Ως εκ τούτου όλες οι απαντήσεις και δηλώσεις του παρόντος εγγράφου, δεν αφορούν εμένα προσωπικά αλλά το νομικό πρόσωπο το οποίο εκπροσωπώ. / (Applies to Legal Entity): I declare that this document is completed and signed by me (ID No / Passport No .....), as a duly authorized representative of the legal entity whose details are listed above. Therefore, all the answers and statements in this document do not concern me personally but the legal entity I represent.

Υπογραφή Εργοδότη - Ασφαλισμένου  
Employers - Insured Signature

Ημερομηνία  
Date

## 6. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ / STATEMENT OF CONSENT

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ STATEMENT OF CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF PERSONAL DATA AND THE PROCESSING OF SPECIAL CATEGORIES OF PERSONAL DATA

Δηλώνω ότι / I hereby declare that:

- Ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Εθνικής Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ («η Εταιρία») για / I have been informed verbally and via the corporate website of Ethniki General Insurance (Cyprus) Ltd. ("The Company") regarding:  
- την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία / The processing of personal data and special categories of personal data conducted by the Company.  
- τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου / My rights as the data subject.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι και ότι η τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση της σύμβασης ασφάλισης με άμεση ισχύ / I acknowledge that processing my personal data (including special categories) is mandatory for the execution of the insurance contract that I have requested and that any potential future revocation of my consent shall result in cancellation of the insurance contract with immediate effect.
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου / I expressly provide my consent to the Company to process my personal data including special categories of personal data where applicable.

#### Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / THE POLICYHOLDER

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

#### Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / THE INSURED

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

### ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ STATEMENT OF CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF PERSONAL DATA FOR COMMERCIAL/MARKETING/STATISTICAL PURPOSES

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ρητής συναινεσέως μου η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας, ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της. / I have been expressly informed that, on condition of my explicit consent below, the Company shall collect, store and process my personal data so as to conduct targeted marketing or promotional activities, or for the purpose of assessing the quality of provided services.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες έρευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. / In order to achieve the aforementioned objectives my personal data may be communicated to research or marketing companies collaborating with the Company.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία. / I have been informed regarding my right to object to the processing of my personal data for commercial/marketing/statistical purposes at any time by sending a relevant request to the Company.

#### Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / THE POLICYHOLDER

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

#### Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / THE INSURED

ΣΥΝΑΙΝΩ / I CONSENT  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ / I DO NOT CONSENT

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ / Name, Surname and ID No.:

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία  
Date

Τόπος Υπογραφής  
Place of signing