

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ  
 EMPLOYER'S LIABILITY CLAIM FORM**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / POLICY NO:** .....

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε κεφαλαία γράμματα κάνοντας ξεκάθαρες δηλώσεις και μην αφήνετε κενά. Η παραλαβή του έντυπου απαίτησης από την Εταιρεία δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης συνάμει του Ασφαλιστηρίου.  
 All questions must be answered fully. Please use capital letters making clear statements and do not leave blanks. Receipt of the claim form by the Company does not constitute acceptance of liability under the policy.

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / EMPLOYER'S DETAILS**

Πλήρες Όνομα / Επωνυμία Εταιρείας  
 Full Name / Company Name

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου / Αρ. Εγγραφής  
 ID Card No. / Passport No. / Registration No.

Αρ. Μητρώου Εργοδότη  
 Employer's Registration Number

Περιγραφή Εργασιών Επιχείρησης  
 Business Description

Αρ. Υπαλλήλων Number of Employees	Συνολικές ακαθάριστες απολαβές ανά μήνα € Total gross earnings per month
--------------------------------------	---

Διεύθυνση Αλληλογραφίας Correspondence Address	Επαρχία District	Ταχ. Κώδικας Postal Code
---	---------------------	-----------------------------

Άτομο Επικοινωνίας και Τηλέφωνο Contact Person and Telephone	Ηλ. Ταχυδρομείο E-mail
---	---------------------------

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / EMPLOYEE'S DETAILS**

Όνοματεπώνυμο  
 Full name

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου ID Card No. / Passport No.	Αρ. Κοινων. Ασφαλίσεων Social Ins. Number
--	--

Ημερ. Γέννησης Date of Birth	Τηλέφωνο Επικοινωνίας Contact Telephone
---------------------------------	--

Διεύθυνση Αλληλογραφίας Correspondence Address	Επαρχία District	Ταχ. Κώδικας Postal Code
---	---------------------	-----------------------------

Περιγραφή Καθηκόντων  
 Description of Duties

Ημερομηνία εργοδότησης Date of employment	Ακαθάριστες απολαβές ανά μήνα € Gross earnings per month
--	---

**3. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / ACCIDENT DETAILS**

Ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος  
 Date and time of the accident

Τοποθεσία ατυχήματος  
 Place of the accident

Περιγράψτε λεπτομερώς το συμβάν και δηλώστε τι πιστεύετε ότι προκάλεσε το ατύχημα / Describe in detail the incident and state your opinion on what caused the accident.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Μονογραφή / Initials: .....

Υπήρχαν αυτόπτες μάρτυρες; Αν ναι και εφόσον έχετε την συγκατάθεσή τους, παρακαλώ δηλώστε ονόματα και τηλέφωνα / Were there any eyewitnesses? If yes and provided that you have their consent, please state their names and telephone numbers.

Έτυχε ο υπάλληλος σας κατάλληλης εκπαίδευσης για τη διεκπεραίωση των καθηκόντων του; Αν όχι, δώστε λεπτομέρειες / Has your employee received proper training to perform his/her duties? If no, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Όταν ο υπάλληλος τραυματίστηκε εκτελούσε τα συνήθη καθήκοντα του; Αν όχι, δώστε λεπτομέρειες / At the time of the accident, was the employee performing his normal duties? If no, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Εάν ο υπάλληλος κατά το χρόνο του ατυχήματος χειριζόταν μηχανήμα, αναφέρετε το είδος και τύπο του μηχανήματος / If at the time of the accident the employee was operating machinery, state the kind and type of machinery.

Θεωρείτε ότι το ατύχημα οφείλεται σε ελάττωμα της οικοδομής ή τεχνικό ελάττωμα του μηχανήματος ή άλλου εργαλείου που χρησιμοποιούσε ο υπάλληλος; Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Do you regard the accident as one attributed to a defect in the building or technical fault of machinery or any other tool used by the employee? If yes, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Ποιος έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας του υπαλλήλου; / Who gave instructions and defined the manner in which the injured employee was to perform his/her duties?

Ο υπάλληλος ακολουθούσε τις οδηγίες και τη συνήθη διαδικασία για την εκτέλεση της εργασίας του; Αν όχι, δώστε λεπτομέρειες / Was the employee following instructions and the usual manner of performing his/her duties? If no, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Θεωρείτε ότι ο τραυματισθείς υπάλληλος επέδειξε οποιαδήποτε αμέλεια με οποιοδήποτε τρόπο; Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Do you regard the injured employee as being negligent in any way / manner? If yes, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Θεωρείτε ότι το ατύχημα οφείλεται σε αμέλεια άλλου προσώπου; Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Do you consider the accident as being attributed to the negligence of any third person? If yes, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Έχετε γνωστοποιήσει το ατύχημα στο αρμόδιο Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας; Αν όχι, αναφέρετε τους λόγους / Have you reported the accident to the appropriate department of the Ministry of Labour? If no, state the reasons.

Ναι / Yes  Όχι / No

Υπάρχουν άλλες ασφαλίσεις που καλύπτουν το ίδιο περιστατικό; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Are there other insurances that cover the same incident? If yes, give details.

Ναι / Yes  Όχι / No

Μονογραφή/Initials: .....

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες του ατυχήματος, θεωρείτε ότι έχετε οποιαδήποτε ευθύνη ως εργοδότης και γιατί;  
/ Considering the circumstances under which the accident took place, do you regard yourselves as being negligent in any way in your role as employer and in what way?

#### 4. ΦΥΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ / NATURE OF INJURY

Περιγράψτε τα τραύματα που υπέστη ο υπάλληλος και τη θεραπεία που έλαβε / Describe the injuries suffered by the employee and the treatment he/she received.

Ο τραυματίας έχει λάβει ιατρική περίθαλψη; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες και δηλώστε το νοσοκομείο/κλινική και τον ιατρό που τον περιέθαλψε / Has the injured person received medical treatment? If yes, give details and state the name of the hospital/clinic and the treating doctor.

Πόσες μέρες παρέμεινε ή θα παραμείνει στο νοσοκομείο/κλινική ο υπάλληλος και πότε αναμένεται ότι θα επιστρέψει στην εργασία του; / How long has the employee remained in hospital/clinic and when is he/she expected to return to work?

#### 5. ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ / ACCOMPANYING DOCUMENTS

Παρακαλώ επισυνάψτε τα ακόλουθα έγγραφα / Please attach the following documents:

- Βεβαίωση μηνιαίων ή εβδομαδιαίων απολαβών / Monthly or weekly earnings certificate
- Ιατρικά πιστοποιητικά / Medical certificates
- Κατάσταση Αποδοχών και Εισφορών του Τμήματος Κοιν. Ασφαλίσεων / Statement of Remuneration and Contributions of the Department of Social Insurance
- Δελτίο αναρρωτικής άδειας / Sick leave slip

#### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω / ουμε ότι όλα όσα έχω / ουμε δηλώσει στο έντυπο απαίτησης αυτό είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω / ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραθέσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Με βάση αυτό, αναθέτω / ουμε στην **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd**, 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 / ουμε την **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** 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.

#### DECLARATION

I / we hereby declare that whatever is stated in this claim form is absolutely true and that I / we have not concealed, distorted or misrepresented any fact. Based on this, I / we assign to **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd**, according to the terms of the Policy, the handling of all claims and defense in Court deriving from the said accident, provided that the Policy is applicable. I / we further authorize **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** to settle any claim which is considered reasonable without any further reference to myself / ourselves and I / we undertake to provide any information and assistance required.

Υπογραφή Ασφαλισμένου:  
Signature of Insured: .....

Ημερομηνία:  
Date: .....

## 6. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ / PERSONAL DATA PROTECTION

Στο στάδιο της απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην Εταιρεία στοιχεία τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη και για αξιολόγηση από επαγγελματίες που συνεργάζονται με την Εταιρεία, τηρουμένων των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ο «ΓΚΠΔ») και τις συναφείς νομοθεσίες. Θα γίνει χρήση μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησης μου σε περίπτωση που η Εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνομαι το δικαίωμα της Εταιρείας να παρέχει τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και εννόμου συμφέροντος. Στο βαθμό που η ATLANTIC ενεργεί ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της ATLANTIC.

Επίσης εξουσιοδοτώ την ATLANTIC να ζητήσει οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση από την Αστυνομία, την Πυροσβεστική Υπηρεσία, την Ηλεκτρομηχανολογική Υπηρεσία και τις Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Τέλος, δηλώνω και διαβεβαιώνω πως τυχόν προσωπικά δεδομένα άλλων ατόμων που δίνω για τους σκοπούς της παρούσας απαίτησης δίνονται με την προηγούμενη συγκατάθεση αυτών των ατόμων και αναλαμβάνω να τους ενημερώσω σχετικά, παρέχοντας τους όλες τις πιο πάνω πληροφορίες.

Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει.

**\* Η Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα μας [www.atlantic.com.cy](http://www.atlantic.com.cy). Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μας για να σας αποστείλουμε εκτυπωμένο αντίγραφο.**

At the claim of compensation stage, I undertake to provide to the Company with data that may be used as necessary proof and for evaluation by Professionals working with the Company, subject to the provisions of the General Data Protection Regulation EU 2016/679 (the «GDPR»), as amended. Data shall only be used if completely relevant and necessary for the purpose of evaluating a claim in the event that the Company considers that this is absolutely necessary in order to decide whether or not to pay compensation under the terms of my insurance policy and/or determine the amount of the indemnity.

Therefore, I acknowledge the Company's right to share my personal data with third parties to the extent required for the performance of a contract, due to legal obligations and legitimate interest. To the extent that ATLANTIC acts as the Controller, the processing of the data is confidential and will only take place under the control of ATLANTIC.

I further authorize ATLANTIC to request any information regarding this claim from the Police, the Fire Service, the Electromechanical Services and the Insurance Companies.

Finally, I declare and assure that any personal data of other persons that I give for the purposes of this claim are given with the prior consent of these persons and I undertake to inform them accordingly, providing them with all the above information.

This form has been completed by me and/or under my instructions and I have checked it.

**\* The Personal Data Privacy Statement can be found on our webpage [www.atlantic.com.cy](http://www.atlantic.com.cy). You may also contact us for a hard copy to be sent out.**

**Συγκατατίθεμαι στη λήψη και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων / I hereby consent to the collection and processing of my personal data.**

**Όνοματεπώνυμο / Name and Surname:** .....

**Αρ. Ταυτότητας / ID Number:** .....

**Υπογραφή / Signature:** .....

**Ημερομηνία / Date:** ..... / ..... / 20.....