



Έντυπο Απαίτησης / Claim Form

Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη / Employer's Liability Insurance

Σε περίπτωση οποιασδήποτε απαίτησης παρακαλούμε όπως: Instructions in case of an insured event:

- Συμπληρωθούν πλήρως, όλες οι ερωτήσεις του παρόντος Εντύπου Απαίτησης που αφορούν το περιστατικό. / Please complete in full all relevant questions in this Claim Form.
- Εάν χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετη σελίδα, βεβαιωθείτε όπως αυτή έχει υπογραφεί ή και σφραγιστεί ξεχωριστά από εσάς. / If an additional page needs to be used, make sure it is signed or stamped separately from you.
- Προσκομιστούν όλα τα απαραίτητα έγγραφα για τεκμηρίωση της απαίτησης σας. / Provide all necessary documents to substantiate your claim.
- Ειδοποιηθεί το αρμόδιο Τμήμα του Υπουργείου Εργασίας, εντός 10 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος. / Report the incident to the competent Department of the Ministry of Labour

Έντυπα που επισυνάπτονται / Attached documents	
Κατάσταση Αποδοχών & Εισφορών (κοιν. ασφαλίσεις) για τους τελευταίους 3 μήνες / Proof of income / contributions (Social Insurance) for the last 3 months	<input type="checkbox"/>
Φωτογραφίες Τραύματος / Photos of the injury	<input type="checkbox"/>
Φωτογραφίες Χώρου που έγινε το περιστατικό / Photos of the incident area	<input type="checkbox"/>
Πρωτότυπες Ιατρικές Αποδείξεις / Original medical invoices	<input type="checkbox"/>
Ιατρικές Εκθέσεις / Medical reports	<input type="checkbox"/>
Ακτινογραφίες / MRI / X-Rays / MRI	<input type="checkbox"/>
Άδειες Ασθενείας σε αντίγραφο / Copy of sick leave	<input type="checkbox"/>
Γραπτές Μαρτυρίες (αν υπάρχουν) / Witness statements (if any)	<input type="checkbox"/>
Αντίγραφο Ειδοποίησης Υπουργείου Εργασίας / Copy of the Report of the Ministry of Labor	<input type="checkbox"/>

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία: Company use only:

Αριθμός Απαίτησης / Claim Number	
Κωδικός Διαμεσολαβητή / Intermediary Code	Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number
Ενυπόθηκος Δανειστής / Mortgage Loaner	

Σημειώσεις / Notes

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ EMPLOYER'S GENERAL DETAILS

Όνομα Εργοδότη / Employer's Full Name			
Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου / Εγγραφής Εταιρείας / Identification or Passport Number / Company Registration Number			
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Phone			
Αρ. Μητρώου Εργοδότη / No. Employer Register		Είδος Εργασίας / Job Type	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση / Email Address			

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Postal Address

Οδός και αριθμός / Street and number			
Ταχυδρομικός κώδικας / Post Code		Πόλη - Χωριό / Town or Village	
Επαρχία / District			

Άτομο Επικοινωνίας (Αν διαφέρει από τον Ασφαλισμένο) / Contact Person (If differs from Policyholder)

Όνοματεπώνυμο / Full Name			
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Phone			

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / EMPLOYEE DETAILS

Όνοματεπώνυμο Εργοδοτούμενου / Employee's Full Name			
Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου / Identification or Passport Number			
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Phone		Ημερομηνία Γέννησης / Date of Birth	
Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων / Social Insurance Number		Ημερομηνία Πρόσληψης / Date of Employment	
Ακριβή Εργασία / Occupation (Exact Duties)			

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Postal Address

Οδός και αριθμός / Street and number			
Ταχυδρομικός κώδικας / Post Code		Πόλη - Χωριό / Town or Village	
Επαρχία / District			

3. ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / EMPLOYEE SALARY

Σύνολο Μηνιαίων / Εβδομαδιαίων Απολαβών / Total Earnings Monthly / Weekly	€
Μείον Φόρος Εισοδήματος / Less Income Tax	€
Μείον Κοινωνικές Ασφαλίσεις / Less Social Insurance	€
Μείον Άλλες Αποκοπές / Less any other deductions	€
Καθαρό Ποσό Απολαβών / Net Earnings Amount	€

Σημείωση: Επισυνάψτε αντίγραφο της κάρτας κοινωνικών ασφαλίσεων. /

Note: Please attach a copy of the social insurance card

4. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ / DETAILS OF ACCIDENT

Περιγραφή Ατυχήματος / Description of Accident

Ημερομηνία & ώρα ατυχήματος /
Date & Time of the accident

Πού έγινε το ατύχημα; /
Where did the accident occur?

Την ώρα του ατυχήματος ο πιο πάνω εργαζόταν για λογαριασμό σας; /
At the time of the accident was the above person working on your behalf?

ΝΑΙ /
YES

ΟΧΙ /
NO

Πότε πληροφορηθήκατε για το ατύχημα; /
When have you been informed about the accident?

Ποιος, κατά την άποψη σας, ευθύνεται για το ατύχημα /
Who in your opinion is responsible for the accident and why?

Έχει αναφερθεί το ατύχημα στο αρμόδιο Τμήμα του Υπουργείου Υγείας; /
Has the accident been reported to the competent Department of the Ministry of Labour?

ΝΑΙ /
YES

ΟΧΙ /
NO

Αν ΟΧΙ, δώστε λεπτομέρειες / If NO, give details

Δηλώστε τη φύση του ατυχήματος /
State the nature of the accident

Νοσηλεία / Description of Accident

Πού νοσηλεύθηκε; / Where was he/she hospitalized?	
Όνομα Θεράποντος Ιατρού / Full Name of the Doctor	
Φύση Τραυμάτων / Nature of injuries	
Πόσο καιρό υπολογίζετε να παραμείνει εκτός εργασίας ο τραυματισμένος / How long do you expect the injured employee to be out of work?	

Μάρτυρες / Witnesses

Όνοματεπώνυμο / Full Name	Αρ. Τηλεφώνου / Phone Number	
Όνοματεπώνυμο / Full Name	Αρ. Τηλεφώνου / Phone Number	
Όνοματεπώνυμο / Full Name	Αρ. Τηλεφώνου / Phone Number	
Όνοματεπώνυμο / Full Name	Αρ. Τηλεφώνου / Phone Number	

Περιγραφή Ατυχήματος / Description of Accident
