Prime INSURANCE

PRIME INSURANCE CO. LTD
Διγενή Ακρίτα 55 & Ολυμπίας1, 1070 Λευκωσία, Τ.Θ 22475, 1522 Λευκωσία, Κύπρος
Τ. +357 22 896000, Φ. +35722 896001
info@primeinsurance.com.cy | www.primeinsurance.eu

ΚΛΑΔΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥ
ΕΚΘΕΣΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΣ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Period / Περίοδος : ---------- Policy No / Αρ. Συμβολαίου : ----------

Claim No./ Αρ.Απαιτήσεως : ----------

Το έντυπο αυτό παρακλώ όπως συνοδεύεται από:

- Αναλυτική μηνιαία κατάσταση Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Πιστοποιητικά θεράποντων Ιατρών, Άδεια Ασθενείας και τυχόν αποδείξεις εξόδων.

THE INSURED / Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Name/ Όνομα : ----------

Address / Διεύθυνση : ----------

Occupation / Επάγγελμα : ----------

Number of Employed Persons / Πόσους Υπαλλήλους Απασχολεί : ----------

THE INJURED PERSON / Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΘΕΙΣ

Name/ Όνομα : ----------

Address / Διεύθυνση : ----------

Avocation / Επάγγελμα : ----------

Salary / Μισθός: ---------- Date of Employment / Ημερ. Πρόσληψης : ----------

THE ACCIDENT - ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Place / Τόπος : ----------

Date / Ημερομηνία : ---------- Time / Ώρα: ----------

If the injured person was working on a machine state the type of it.
Εάν ο τραυματισθέντας εργάζετο επί μηχανήματος, αναφέρατε τον τύπο αυτού. :

Was the accident caused, due to technical defect of the machinery or building.
Το ατύχημα οφείλετο εις τεχνικόν ελάττωμα της οικοδομής ή ως άνω μηχανήματος. :

Was the accident caused, due to the negligence of you or any other person.
Ωφείλετο το ατύχημα εις αμέλειαν δική σας ή αμέλεια άλλου προσώπου. :

Was the injured person breaking the instructions of his employer at that time.
Ο τραυματισθείς κατά την ώρα του ατυχήματος παρεβίαζε οδηγίες του εργοδότη του. :

---

900 - F - 170 (2) / PR/ 09-2011

Description of the accident / Περιγραφή του ατυχήματος : ----------

---

Names and addresses of witnesses/Ονόματα και διευθύνσεις μαρτύρων :

1. Name/ Όνομα :----------

Address / Διεύθυνση :----------

2. Name/ Όνομα : ----------

Address / Διεύθυνση :----------

Nature and extent of injuries / Φύσις και έκτασις τραυμάτων:

MEDICAL TREATMENT - ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΙΣ

Γνωμάτευση θεράποντων Ιατρών :

Has the injured person resumed his work ---------- if so, when ----------

Ο τραυματισθείς ξανάρχισε την εργασία του Εάν ΝΑΙ, πότε

I/WE declare that the following information given in this form is true and correct to the best of my / our knowledge / belief.

Δια του παρόντος δηλώ/δηλούμεν υπευθύνως ότι εξόσων κάλλιον γνωρίζω / μεν και πιστεύω / μεν οι ανώτερες δηλώσεις είναι ορθές και αληθείς.

SIGNATURE-ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Date/Ημερομηνία :----------

_____

The insured or his representative

Ο ασφαλισμένος ή αντιπρόσωπος αυτού