



Κεντρική  
Ασφαλιστική

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥ EMPLOYER'S LIABILITY CLAIM FORM

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

NAME OF INSURED:

.....

ADDRESS:

ΤΗΛ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

TEL.....

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

POLICY NO:.....

DUE DATE:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

DATE OF ACCIDENT:.....

ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΘΕΝΤΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:

ΑΡ. ΤΑΥΤ.:

NAME OF INJURED EMPLOYEE: .....

I.D.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΗΛΙΚΙΑ:

OCCUPATION:.....

AGE:.....

ΑΠΟ ΠΟΤΕ ΕΡΓΟΔΟΤΕΙΤΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟ:

HOW LONG IN YOUR EMPLOY: .....

ΔΗΛΩΣΤΕ ΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:

STATE EXACTLY HOW ACCIDENT HAPPENED:

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

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΙΣ ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΘΕΝΤΟΣ:

STATE THE MONTHLY EMOLUMENTS OF THE INJURED EMPLOYEE: .....

ΔΗΛΩΣΤΕ ΜΑΡΤΥΡΕΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

STATE NAME OF WITNESS & PLACE OF ACCIDENT: .....

.....

ΔΗΛΩΣΤΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ:

STATE PERIOD OF INCAPACITY: .....

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:

STATE NAME OF TREATING DOCTOR: .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα άνω στοιχεία είναι σωστά και αληθή.

It is hereby stated that the above particulars are to my best knowledge true and correct.

Ημερομηνία:

Date: .....

Υπογραφή:

Signature: .....