

ΔΗΛΩΣΗ ΖΗΜΙΑΣ ΚΛΑΔΟΥ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥ

Η έκθεση αυτή συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο χωρίς οποιαδήποτε δέσμευση της Grawe Cyprus και δεν συνεπάγεται οποιαδήποτε παραδοχή ευθύνης εκ μέρους της.

Έντυπα που επισυνάπτονται:

Πρωτότυπες Αποδείξεις και Πιστοποιητικά ☐

Κάρτα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ☐

Αριθμός Συμβολαίου: _____ Κωδικός Ασφαλιστή: _____

Ασφαλιζόμενος _____

Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο: _____

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: _____

Τραυματίας: _____

Αρ. Ταυτότητας: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο: _____

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία και ώρα Ατυχήματος/Ζημιάς : _____

Τόπος Ατυχήματος: _____

Σύντομη περιγραφή Ατυχήματος _____

Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δύο ατόμων που ήταν παρόντες _____

1. _____

2. _____

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ;

Όνομα Νοσοκομείου ή κλινικής

Ημερομηνία εισόδου: _____ Ημερομηνία εξόδου: _____

Φύση και έκταση τραυμάτων _____

Ο τραυματισθείς ξανάρχισε την εργασία του; ☐ Αν Ναι πότε; _____

Εάν ο τραυματίας εργάζοταν επί μηχανήματος, αναφέρατε τον τύπο αυτού.: _____

Το ατύχημα οφείλεται σε τεχνικό ελάττωμα της οικοδομής ή ως άνω μηχανήματος. : ☐

Οφείλεται το ατύχημα εις αμέλεια δική σας ή αμέλεια άλλου προσώπου.: ☐

Ο τραυματισθείς κατά την ώρα του ατυχήματος παραβίαζε οδηγίες του εργοδότη του.: ☐

Είναι απευθείας εργοδοτούμενος του ασφαλισμένου;

Αν ναι πόσο καιρό εργοδοτείται;

Εργοδοτήται από άλλο εργολάβο;

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ την Grawe Cyprus για οποιαδήποτε πληροφορία ήθελε χρειασθεί από το Νοσοκομείο ή Κλινική σε σχέση με το περιστατικό ή το ιστορικό υγείας μου.

Δήλωση Συγκατάθεσης:

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία προσωπικού χαρακτήρα όσο και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων μου που γίνεται από την Grawe Cyprus σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679 και της ισχύουσας εθνικής και Ευρωπαϊκής νομοθεσίας, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ σήμερα ή έχω γνωστοποιήσει στο παρελθόν καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του υπεύθυνου επεξεργασίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ή συμβάσεις ή τη διαδικασία κατάρτισης της/τους και γενικότερα στις περιπτώσεις επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου.

Ο Ασφαλιζόμενος

Ημερομηνία :