

Ο Ασφαλισμένος / The Insured

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις του εντύπου τις σχετικές με το ατύχημα σας. Εκεί όπου ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού / Please give details for all of the questions on the form related to the accident. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.: _____ Αρ. Πρώτου Συμβολαίου / Initial Policy No.: _____ Αρ. Ανανέωσης / Renewal No.: _____

Πλήρες Όνομα / Full Name: _____ Τηλέφωνο / Tel: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____ Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: _____

Είδος Επιχείρησης / Υπηρεσίας: _____ Αρ. Εργοδότη Κοιν. Ασφ. / Employer Identification Number: _____

Αριθμός Εργοδοτούμενων / Number of Employees: _____ Σύνολο μισθών και ωφελημάτων / Total Salaries and Benefits: _____
Την εβδομάδα / Per week | Το μήνα / Per month

Ο Τραυματισμένος / The Injured

Πλήρες Όνομα / Full Name: _____ Ηλικία / Age: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____

Εβδομαδιαίες/μηνιαίες Απολαβές κατά την ημέρα του Ατυχήματος / € Weekly/Monthly remuneration from the day of the Accident _____ Τηλ. / Tel.: _____

Ημερομηνία Πρόσληψης στην Εταιρεία / Recruitment date at the company _____ Επάγγελμα/Ειδικότητα / Profession/Specialty _____

Λεπτομέρειες Τραυμάτων / Injuries Details

Περιγράψτε τα τραύματα ή τις κακώσεις που υπέστη ο/η υπάλληλος σας και επισυνάψατε τα σχετικά πιστοποιητικά / Describe the injuries and/or damages suffered by your employee and please submit all repective certificates.

Στοιχεία Νοσοκομείου ή Κλινικής που νοσηλεύτηκε ο/η τραυματίας / Details of Hospital and/or clinic where the injured person has being treated.

Όνομα / Name: _____

Διεύθυνση / Address: _____ Κωδικός / Postal Code.: _____ Τηλ. / Tel.: _____

Όνομα Περιθάλποντος Ιατρού / Name of the prescribing physician _____ Αρ. Ημ. Παραμονής / Date of Stay: _____

Πότε κατά την γνώμη των γιατρών θα επιστρέψει στην εργασία του; / In the opinion of the physician, when he/she will return to work? _____

ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ / THE ACCIDENT

Ημ. Ατυχήματος / Date of the Accident: _____ Ώρα / Time: _____ π.μ/μ.μ / a/m p.m _____ Τοποθεσία / Location: _____

ΑΥΤΟΠΤΕΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ / EYE WITNESSES

Όνομα / Name: _____

Διεύθυνση / Address: _____

Εκτελούσε, κατά την ώρα του τραυματισμού, μέρος των συνηθισμένων καθηκόντων του/της; /
State whether the employee was performing his/her usual duties at the time of injury?
Αν ΟΧΙ, από ποιόν πήρε εντολή να εκτελέσει την εργασία από την οποία τραυματίστηκε; /
If NO, who instructed his/her to perform the work from which he/she was injured?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Εργαζόταν σε μηχάνημα ο/η υπάλληλος κατά τη στιγμή του ατυχήματος; /
Was the employee working on the machine at the time of the accident?
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε το είδος και τον τύπο του μηχανήματος /
If YES, please state the type of model of the machinery

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Το ατύχημα οφείλεται σε τεχνικό ελάττωμα της οικοδομής/μηχανήματος/εργαλείου που χρησιμοποιούσε; / State whether the accident is due to a technical defect of the building/machine and/or tool used.
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομέρειες / If YES, please give details

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Το ατύχημα οφείλεται σε αμέλεια άλλου προσώπου; /
State whether the accident is due to the neglect of another person
Αν ΝΑΙ, ποιου και γιατί; / If YES, who and why?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Επέδειξε αμέλεια ή δεν υπάκουσε στις οδηγίες σας ο/η τραυματισμένος/η ώστε να ευθύνεται και ο/η ίδιος/α για το ατύχημα; / State whether the employee has shown negligence or has failed to doeyed your instructions in a such a way which is also responsible for the accident
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε τους λόγους / If YES, mention the reasons

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Έχετε καταγγείλει το ατύχημα στο Υπουργείο Εργασίας; /
Have you denounced the accident at the Ministry of Laber?
Αν ΟΧΙ, αναφέρατε τους λόγους / If NO, mentions the reasons:

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Περιγράψτε με λεπτομέρεια πως συνέβηκε το ατύχημα / Describe in detail how the accident occurred.

Σχόλια/Παρατηρήσεις Εργοδότη / Comments/Employer Remarks

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα, θεωρείται ότι ως ο εργοδότης έχετε οποιαδήποτε ευθύνη, και γιατί; /
Taking into consideration the circumstances under which the accident occurred, as an employer do you consider your self responsible, if so why?

Ποιος έδινε οδηγίες και καθόριζε τον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας στον τραυματία; /
Taking into consideration the circumstances under which the accident occurred, as an employer do you consider your self responsible, if so why?

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperainsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 στα οποία περιλαμβάνονται δεδομένα υγείας, είτε όχι, και τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υπαβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε εύλογα χρονικά διαστήματα. Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτεινόμενο μέσω της παρούσας Πρότασης και εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης αίτησης.

Η Ypera θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της, με τους οποίους τηρούνται συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπεύθυνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια τους. Οποιοδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των περιπτώσεων όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

I. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ"

• Να ανακαλέσει την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)

• Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματός σας.

• Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.

• Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν.

• Να λαμβάνετε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία έχετε παράσχει σε υπεύθυνο επεξεργασίας σε αναγνώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παρασχεθήκαν. Επίσης να ζητάτε την απελευθέρωση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από έναν υπεύθυνο επεξεργασίας σε άλλο, σε περίπτωση που αυτό είναι τεχνικά εφικτό.

Η άσκηση των πιο πάνω δικαιωμάτων σας θα γίνεται με γραπτό αίτημα σας προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεφώνημα 24 828290 ή στο email DPO@ypera.com.cy ή στην διεύθυνση Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα, με συστημένη επιστολή. Ο Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι υπόχρεος να σας απαντήσει εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του αιτήματός σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται λαμβανόμενου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματός και του αριθμού των αιτημάτων σας. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πως χρησιμοποιούμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβάζοντας την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας διαθέσιμη στο www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. ΑΡΝΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Σε άρνηση συγκατάθεσης σας στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, η Ypera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισης ή την πρόσθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τερματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει αίτηση για αποζημίωση σας.

III. ΔΗΛΩΣΗ

Έγω διαβάζει, ενημερωθεί και κατανοήσι πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση την υπογράφω δίδοντας την ρητή συγκατάθεση μου για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας συμφωνώντας του Νόμου και Κανονισμού (ΕΕ).

Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Υπογραφή	Ηλεκτρονική Υπογραφή	Ημερομηνία
---------------	----------------	----------	----------------------	------------

Προαιρετική συγκατάθεση για τη λήψη ενημερωτικού και/ή διαφημιστικού υλικού και/ή πληροφοριών για την ασφαλιστική σύμβαση και/ή συναλλαγή και/ή για την ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και για την προώθηση και πώληση υλικών και/ή άλλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την YperainsuranceCo. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Ypera Insurance Co Ltd (hereafter Ypera) has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

The data Controller in the context of its activities will proceed with the fully or partially automated processing of personal data, as well as the non-automated processing of such data, whether they belong to the special categories of personal data (sensitive) of Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 which include health data, or not, and which are included and/or are to be included in a filing system that is relevant and will be limited to what is necessary for the purposes for which they are submitted and will be updated at reasonable intervals. The main purpose of the processing is to provide the services requested by the Proposer through this Proposal and, if any insurance policy is subsequently issued, to examine any claim submitted.

Ypera will transmit the personal data concerning you to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and/or protection of its legitimate interest, with which confidentiality agreements are observed for the performance of their duties. Data processing is confidential and as such will only be carried out by persons under the control of the Controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties, except in cases where the law allows and/or requires it and /or where there is any further express consent from you.

I. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON

• Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the processing based on your consent given prior to revocation).

• Receive a confirmation from the Controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the case, you also have the right to access and update this data upon your request.

• Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or duly complete your personal data.

• Request from the Controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or submitted, if you withdraw your consent, if you object to processing, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.

• Receive your personal data that you have provided to the Controller in a readable electronic form and forward them to another processor without objection from the Controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one Controller to another, if technically feasible.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 828290 or via email to DPO@ypera.com.cy or via registered mail at Medousis Street 2, 6059 Larnaca. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests. You can learn more about how we process personal data by reading our GDPR policy available at www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. REFUSAL OF CONSENT

Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Ypera Insurance Co Ltd will have the right to reject the insurance proposal or the additional act, since it will not be able to examine it or terminate the policy or reject a claim for compensation.

III. STATEMENT

I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name	ID card	Signature	e-Signature	Date
-----------	---------	-----------	-------------	------

The declarant

Optional consent to receive information and/or promotional material and/or information about the insurance contract and/or transaction and/or the insurance company, as well as for the promotion and sale of materials and/or intangible goods and both services and remote services provided by Ypera Insurance Co Ltd.

I hereby explicitly declare that I agree to receive from me the above-mentioned information.

Optional consent to receive informative and/or advertising material and/or any other information about the insurance contract and/or transaction and/or about the insurance company, as well as for the promotion and sale of material and/or intangible products and goods & services remotely by Ypera Insurance Co Ltd

YES NO

Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

Δηλώνω/ουμε ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και με την παρούσα αναθέτω/ουμε στην Εταιρεία σύμφωνα με τους όρους του Συμβολαίου, τον χειρισμό όλων των απαιτήσεων, αναφορικά με ατυχήματα, νοουμένου ότι το Συμβόλαιο εφαρμόζεται και αναλαμβάνω/ουμε να δώσω/ουμε οποιαδήποτε πληροφορία και βοήθεια προς την εταιρεία

I hereby declare that all of the above data is true and in this we/I hereby assign to the company, in accordance with the Terms of the policy, the handling of all claims in respect of accidents considering that the policy is applied and I undertake to give any information and/or assistance to the company.

Υπογραφή / Signature

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερομηνία / Date

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date