

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥ

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

Όνομα Τηλ.

1. - Εργοδότης Διεύθυνσις
Είδος Εργασίας

2. - Εργάτης/τρια Όνομα Τηλ.
Διεύθυνσις
Επάγγελμα
Ηλικία
Σύνολο απολαβών μηνιαίως/εβδομαδιαίως
Μείον φόρος εισοδήματος
Μείον κοινωνικές ασφαλίσεισ
Καθαρόν ποσό απολαβών

Να επισυνάψετε αντίγραφο της κάρτας των κοινωνικών ασφαλίσεων.

3. - Από πότε ευρίσκεται εις την υπηρεσίαν σας;

4. - Την ώρα που έγινε το ατύχημα εργαζόταν διά λογαριασμό σας;

5. - Εις ποιον μέρος συνέβει το ατύχημα;

6. - Ημερομηνία και ώρα του ατυχήματος

7. - Πότε ακριβώς επληροφορηθήκατε διά το ατύχημα;

8. - Περιγράψτε με λεπτομέρεια και ακρίβεια το είδος της εργασίας που έκαμνε ο τραυματισμένος/νη την ώρα του ατυχήματος και τις συνθήκες που ήνε το ατύχημα και γιατί;

9. - Ποίος κατά την γνώμη σας ευθύνεται για τον τραυματισμό του/της πιο πάνω;

10. - Έχει αναφερθεί το ατύχημα εις το αρμόδιο τμήμα του Υπουργείου Εργασίας;

11. - Δηλώστε τη φύση του ατυχήματος

12. - Πού ενοσηλεύθη;

13. - Δηλώστε τα ονόματα τυχόν μαρτύρων του ατυχήματος

14. - Γνωρίζετε πότε θα αρχίσει να εργάζεται ο τραυματισμένος/νη;

15. - Πόσον καιρό υπολογίζετε να παραμείνει εκτός εργασίας ο τραυματισμένος/νη;

16. - Όνομα θεράποντος ιατρού

17. - Πόσους υπαλλήλους εργοδοτείτε

Εγώ/Εμείς δηλώνουμε ότι εξ' όσων γνωρίζουμε και πιστεύουμε οι πιο πάνω πληροφορίες είναι από όλες τις απόψεις αληθινές και σας εξουσιοδοτώ όπως επιληφθήτε εξ' ονόματος μου οιαδήποτε ζητήματα που έχουν σχέση με το πιο πάνω ατύχημα. Οποιαδήποτε κλήση ή άλλα έγγραφα ή αλληλογραφία που έχουν οποιαδήποτε σχέση με την πιο πάνω υπόθεση αναλαμβάνω να τα παραδώσω αμέσως στην Ασφαλιστική Εταιρεία.

Υπογραφή Εργοδότη

Θέσις

Ημερομηνία