

Πρόταση Ασφάλισης Ευθύνης Εργοδότη/ Employers Liability Insurance proposal form

Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να είναι πλήρεις και με κεφαλαία γράμματα/ Please give complete answers and in capital letters

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Όνομα: / Name:		A.M.E.
Διεύθυνση/τόπος συνήθους διεξαγωγής εργασιών:/ Usual place of business:	☎	Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων /Social Insurance No.:
Είδος Εργασίας:/ Type of Business:		

B. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/PERIOD OF INSURANCE

Από/From		Μέχρι/To	
----------	--	----------	--

Γ. ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ/C. LIMITS OF INDEMNITY

Καθορίστε τα Όρια Ευθύνης για τα οποία επιθυμείτε να καλυφθείτε σε περίπτωση που δεν ικανοποιούν τα ελάχιστα ποσά / Specify below the Limits of Indemnity should the existing minimum amounts are not adequate	
Όριο Ευθύνης για κάθε Εργοδοτούμενο/Employee limit	€160.000
Όριο Ευθύνης για κάθε Περιστατικό ή σειρά Περιστατικών/Limit per Event or Series of Events	€3.415.000
Συνολικό Όριο Ευθύνης για οποιαδήποτε Περίοδο Ασφάλισης/Aggregate Limit per period of Insurance	€5.125.000

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ/ D. PARTICULARS IN RELATION TO EMPLOYEES

Να δοθούν λεπτομέρειες σε σχέση με **ΟΛΟΥΣ** τους εργοδοτούμενους μαζί με τις υπολογιζόμενες ακαθάριστες απολαβές τους για τους επόμενους **12 ΜΗΝΕΣ** όρος "Ακαθάριστες Απολαβές" σημαίνει το σύνολο των ημερομισθίων, μισθών, πληρωμών για υπερωριακή εργασία, προμηθειών, ωφελημάτων, χρεώσεων για παροχή υπηρεσιών, φιλοδωρημάτων και άλλων πληρωμών, χωρίς οποιαδήποτε αποκοπή σε σχέση με Κοινωνικές Ασφαλίσεις, Φόρο Εισοδήματος, Ταμείο Προνοίας ή Υγείας, ή άλλα ποσά που αποκόπτονται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πως./Please, give details in relation to **ALL employees, including their estimated gross earnings for the next 12 MONTHS** The term "Gross Earnings" shall mean the total wages, salaries, overtime payments, commissions, bonuses, service charges, tips and other payments, without any deduction in respect of Social Insurance, Income Tax, Medical or Provident Fund or other amounts deducted by agreement with the employee(s) or otherwise.

Περιγραφή εργασίας εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων Description of work carried out by employees by class of duties	Υπολογιζόμενος αριθμός εργοδοτούμενων Estimated number of employees	Υπολογιζόμενες επίσεις Ακαθάριστες Απολαβές Estimated amount of annual Gross Earnings

Ε. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ /INSURANCE AND CLAIMS RECORD

ι ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ / INSURANCES

<p>Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Ευθύνης Εργοδότη ή έχετε ποτέ στο παρελθόν υποβάλει πρόταση για τέτοια κάλυψη; /Are you at present insured, or have you ever proposed for an insurance in respect of your liability to your employees?</p> <p>Σε σχέση με την ασφάλιση των εργοδοτούμενων σας, έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία οποτεδήποτε /In relation to the insurance of your employees, has any Insurance Company at any time</p> <ol style="list-style-type: none"> απορρίπτει πρότασή σας; declined your proposal? αρνιέται να ανανεώσει Ασφαλιστήριό σας; refused to renew your Policy? ακυρώνει Ασφαλιστήριό σας; cancelled your Policy? απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλλει ειδικούς όρους; required an increased premium or imposed special conditions? <p>Διατηρείτε σε ισχύ οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την Εταιρεία μας; /Do you have in force any other Policies with our Company?</p>	<p>Εάν ναι, αναφέρετε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρείας: /If yes, please state the name of the Insurance Company:</p> <ol style="list-style-type: none"> NAI /OXI NAI /OXI NAI /OXI NAI /OXI <p>Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / If yes, please give particulars:</p>
---	--

ii ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ / ii CLAIMS

Δηλώστε τον αριθμό των Ατυχημάτων και των Επαγγελματικών Ασθενειών που έχουν υποστεί εργοδοτούμενοί σας κατά τη διάρκεια των πέντε τελευταίων ετών: State the number of Accidents and Occupational Diseases suffered by your employees during the last five years:

Έτος Year	Ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή Ακαθάριστων Απολαβών Amount paid in the form of Gross Earnings	Αριθμός Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Ασθενειών / Number of Accidents and Occupational Diseases	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ / CLAIMS			
			Που έχουν Διευθετηθεί Which have been settled		Που Εκκρεμούν Still Outstanding	
			Αριθμός απαιτήσεων Number of claims	Ποσό που καταβλήθηκε Amount paid	Αριθμός απαιτήσεων Number of claims	Υπολογιζόμενο κόστος Estimated cost

ΣΤ. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ / F. PARTICULARS IN RELATION TO THE PROPOSER'S BUSINESS

Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των μηχανημάτων που λειτουργούν με μηχανική ενέργεια: /Give full particulars of machinery driven by mechanical power: Ξυλουργικά μηχανήματα /Woodworking machinery- Άλλα μηχανήματα/Other machinery?	
Είναι οι χώροι προσπέλασης, οι εξοδοί, οι χώροι εργασίας, τα μηχανήματα και οι εγκαταστάσεις σας κατάλληλα περιφραγμένα και προστατευμένα και γενικά σε καλή κατάσταση και λειτουργία;/ Are your ways, works, machinery and plant and business premises properly fenced and guarded and generally in good order and condition?	
Είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις σας ικανοποιητικά συντηρημένες; / Are your premises in good state of repair?	
Έχετε οποιουδήποτε λέβητες, ατμολέβητες, άλλα δοχεία που βρίσκονται υπό πίεση, ανελκυστήρες, ανυψωτήρες και γεραμούς; Εάν ναι, επιθεωρούνται τακτικά και από ποιόν; /Do you have any boilers, steam containers and other pressurised vessels, lifts, hoists and cranes? If yes, are they regularly inspected and by whom?	
Χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε ραδιοϊσότοπα, ραδιενεργές ουσίες ή άλλες πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας; /Do you handle or use radio isotopes, radioactive substances or other sources of ionizing radiations?	
Χρησιμοποιείτε, ή έχετε αποθηκευμένα στους χώρους εργασίας σας, οποιαδήποτε οξέα, αέρια, χημικές ή εκρηκτικές ύλες ή άλλες επικίνδυνες ουσίες; /Do you use or keep stored in your business premises any acids, gases, chemicals or explosives or any other dangerous substances?	Εάν ναι, αναφέρετε: /If yes, state:
Κατασκευάζετε, χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε αμιάντο ή διοξειδίο του πυριτίου ή οποιαδήποτε ουσία που περιέχει αμιάντο ή διοξειδίο του πυριτίου; /Do you manufacture, dress, handle or use asbestos or silica or any material containing asbestos or silica? Διαθέτετε χυτήριο μετάλλων; Do you keep a foundry?	
Έχετε κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών κατηγορηθεί ή καταδικαστεί, ή σας έχει γίνει οποιαδήποτε παρατήρηση ή υπόδειξη σε σχέση με οποιαδήποτε παράβαση οποιουδήποτε νόμου ή κανονισμού όσον αφορά την ασφάλεια των εργαζομένων σας; /Have you, during the last three years, been accused or convicted, or has a reprimand or recommendation been made to you, in relation to any violation of any law or regulation in connection with the safety of your employees?	Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες: /If yes, please give particulars:
Έχετε συμμορφωθεί με όλες τις υποχρεώσεις σας που απορρέουν από τους Νόμους και Κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία ή τη συντήρηση των υποστατικών σας και των μηχανημάτων σας και γενικά την ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων σας; /Have you complied with all your obligations emanating from the Laws and Regulations governing the operation or the maintenance of your premises and your machinery and, generally, the safety and health of your employees?	
Διεξάγετε οποιεσδήποτε εργασίες στο εξωτερικό; /Do you carry on any business abroad?	Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες: /If yes, please give particulars:

As a valued customer you are right to expect fairness and a swift and courteous service at all times. We recognise that sometimes you may be dissatisfied with our service. What you can do should you have a complaint:

Step 1.....You can speak to your usual insurance advisor or your Lumen Insurance contact.

Step 2.....If you remain dissatisfied or you feel your complaint remains unresolved you can write to the Agent of the Company in the Republic of Cyprus: The Managing Director, Prodromou & Makriyiannis Insurance Underwriting Agencies & Consultants Ltd 20, Homer Street, 3rd Floor, 1097 Nicosia giving us your policy or claim number in any correspondence.

Step 3.....If you are still not satisfied you may wish to write to The Managing Director, Lumen Insurance, GasanMamo Head Office, Msida Road, Gzira GZR 1405, Malta.

Following these procedures will not affect your right to take legal action.

DECLARATION:

Please read, sign and date the following.

Please note that any omission or mis-statement of material fact in the Proposal Form could affect payment under this Policy or make the Policy invalid. A material fact is one that is likely to influence the assessment and acceptance of this Proposal. If you are in doubt about whether or not a fact is material, you should disclose it.

I/We declare that the answers given in the Proposal are true to the best of my/our knowledge and I/we have withheld no information whatever which might influence the decision of the Insurer regarding the Proposal.

I/We agree that if any information has been given by any person other than myself/ourselves that person is my/our agent for that purpose.

I/We agree that the Proposal shall be incorporated in and shall form the basis of the contract between me/us and the Insurer and I/we shall accept a policy in the form issued by the Insurer for the Insurance now proposed.

I/We agree to inform the Insurer of any material change in the risk.

The Processing of Personal Data (Protection of Individuals) Law 138(I) of 2001

In accordance with the provisions of the above Law, the Underwriters and their associates, in their capacity as Controller within the meaning of the Law, wish to advise the Proposer that in order to issue the Insurance Contract it is necessary to collect and process personal data. The personal data will be recorded in an electronic or any other form to the personal data filing system, within the meaning of the Law, maintained by the Underwriter and/or his associates. The recipients of the personal data shall be the duly authorised personnel of the Insurers and/or their associates. The insurers are obliged to send such data to the Director of Social Insurance in accordance with the provisions of Article 15A of the Law 174/89, of the compulsory Employers Insurance. The Proposer has the right of access to and rectification of the data relating to him as well as the right of objection to the processing of such data.

I acknowledge and declare that the Underwriters and/or their associates have informed me of the provisions of this Law. Furthermore, by signing this Declaration I hereby grant my express consent to the Insurers and/or their associates to collect and process data relating to myself, which may also include sensitive data, and to maintain such data in their personal data filing system, within the meaning of the Law.

Ως ένας από τους πολύτιμους πελάτες μας που είστε έχετε το δικαίωμα να αναμένετε πρώτη τάξη εξυπηρέτηση σε κάθε στιγμή. Αντιλαμβανόμαστε ότι μπορεί να υπάρξει κάποια στιγμή που να μην είστε ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτησή μας. Τι μπορείτε να κάνετε σε περίπτωση που έχετε παράπονο:

Πρώτο Μπορείτε να μιλήσετε με τον ασφαλιστή σας ή με το πρόσωπο που έχετε επαφή στην Εταιρεία Lumen.

Δεύτερο..... Εάν παραμένετε δυσαρεστημένοι ή το παράπονο σας παραμένει άλυτο μπορείτε να γράψετε στον Αντιπρόσωπο της εταιρείας στην Κύπρο: Διευθύνων Σύμβουλος, Prodromou & Makriyiannis Insurance Underwriting Agencies & Consultants Ltd, 20 Λεωφ. Ομήρου, 3ος όροφος, 1097 Λευκωσία δίνοντας μας τον αριθμό του ασφαλιστηρίου ή της απαίτησης σε κάθε αλληλογραφία σας.

Τρίτο..... Εάν παραμένεται δυσαρεστημένος μπορείτε να γράψετε στον Διευθύνων Σύμβουλο της Εταιρείας στη Μάλτα στην ακόλουθη διεύθυνση: The Managing Director, Lumen Insurance, GasanMamo Head Office, Msida Road, Gzira GZR 1405, Malta.

Ακολουθώντας τα παραπάνω τα δικαιώματά σας για λήψη νομικών μέτρων δεν επηρεάζονται.

ΔΗΛΩΣΗ:

Παρακαλείστε να διαβάσετε το πιο κάτω, να υπογράψετε και να θέσετε την ημερομηνία.

Παρακαλείστε να σημειώσετε ότι οποιαδήποτε παράλειψη ή λανθασμένη δήλωση ουσιώδους γεγονότος στην Πρόταση για Ασφάλιση δυνατό να επηρεάσει την πληρωμή δυνάμει αυτού του Ασφαλιστηρίου ή να κάμει το Ασφαλιστήριο άκυρο. Ουσιαστές γεγονότος είναι εκείνο το οποίο δυνατόν να επηρεάσει την αξιολόγηση και αποδοχή της Πρότασης αυτής. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία κατά πόσον ένα γεγονός είναι ουσιώδες ή όχι, οφείλετε να το αποκαλύψετε.

Εγώ/Εμείς δηλώνω/ούμε ότι οι απαντήσεις που δίδονται στη Πρόταση είναι αληθείς από όσο καλύτερα γνωρίζω/ουμε και δεν έχω/έχουμε αποκρύψει οποιεσδήποτε πληροφορίες οι οποίες δυνατόν να επηρεάσουν την απόφαση του Ασφαλιστή σχετικά με την Πρόταση.

Εγώ/Εμείς συμφωνώ/ούμε ότι αν οποιεσδήποτε πληροφορίες έχουν δοθεί από οποιοδήποτε πρόσωπο εκτός από τον εαυτό μου/τους εαυτούς μας, το πρόσωπο αυτό είναι αντιπρόσωπος μου/μας για το σκοπό αυτό.

Εγώ/Εμείς συμφωνώ/ούμε όπως η Πρόταση ενσωματωθεί και αποτελέσει τη βάση της Σύμβασης μεταξύ μου/μας και του Ασφαλιστή και δεχόμαι/δεχόμεθα ασφαλιστήριο υπό τη μορφή που εκδίδεται από τον Ασφαλιστή για την Ασφάλεια που προτείνεται τώρα.

Εγώ/Εμείς συμφωνώ/ούμε να ειδοποιούμε τον Ασφαλιστή για οποιαδήποτε ουσιώδη αλλαγή στον κίνδυνο.

Ο Περὶ Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος 138(I) του 2001

Με βάση τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου, οι Ασφαλιστές και/ή οι συνεργάτες των, ως Υπεύθυνοι επεξεργασίας κατά την έννοια του Νόμου, ενημερώνουν τον Προτείνοντα ότι για τη σύναψη και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, στα αρχεία προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου που τηρούνται από τους Ασφαλιστές και/ή τους συνεργάτες των. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού των Ασφαλιστών καθώς επίσης και των συνεργατών των. Ο δε Ασφαλιστής υποχρεούται να διαβιβάζει τέτοια δεδομένα στο Διευθυντή Κοινωνικών Ασφαλίσεων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15Α του Νόμου 174/89 που προνοεί για την Υποχρεωτική Ασφάλιση των Εργοδοτών... Ο Προτείνων έχει το δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των προσωπικών δεδομένων που του απορρούν καθώς επίσης και το δικαίωμα αντίρρησης για επεξεργασία των δεδομένων αυτών.

Αναγνωρίζω και δηλώνω ότι οι Ασφαλιστές και/ή οι συνεργάτες των με έχουν ενημερώσει για τις Πρόνοιες του Νόμου αυτού. Περαιτέρω με την υπογραφή της Δήλωσης αυτής παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου προς τους Ασφαλιστές και/ή τους συνεργάτες των για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, ευαίσθητων ή μη, και την τήρηση αυτών στα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου.

Signature/Υπογραφή:

Date/Ημερομηνία:

Note: The cover does not commence until the Proposal is accepted by the Insurer and the First Premium is paid.

Σημείωση: Η κάλυψη αρχίζει μόνον αφού η Πρόταση γίνει αποδεκτή από τον Ασφαλιστή και πληρωθεί το Πρώτο Ασφάλιστρο.