



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερομηνία γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
Φύλλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>	Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.	
<u>Οικογενειακή Κατάσταση:</u> (Σημείωσε Χ ανάλογα)	Αρ. Διαβατηρίου	
Άγαμος(η) <input type="checkbox"/> Έγγαμος(η) <input type="checkbox"/> Χήρος(α) <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος(η) <input type="checkbox"/> Σε διάσταση <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία γάμου:		
Διεύθυνση:		
Οδός και αριθμός:	Ενορία:	
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού:	Επαρχία:
Τηλέφωνο:	Φαξ:	
Υπηκοότητα		
Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:		
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
Όνομα συζύγου:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερ. γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
	Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.	
	Αρ. Διαβατηρίου	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Όνομα Εργοδότη:	2. Τηλ. Εργοδότη:
3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):	
4. Ημερομηνία ατυχήματος:	
5. Ώρα ατυχήματος:	
6. Τόπος ατυχήματος:	
7. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:	
8. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγεληθεί:	
9. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία:	
10. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης σας:	

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
3. Τόπος απασχόλησης του αιτητή:.....
4. Ωράριο εργασίας του αιτητή τη μέρα του ατυχήματος:..... 5. Ημερ. ατυχήματος:.....
6. Ώρα ατυχήματος:..... 7. Τόπος ατυχήματος:.....
8. Αιτία ατυχήματος (περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα):.....
9. Αν το ατύχημα έγινε μετά τη λήξη του κανονικού ωραρίου, δηλώστε κατά πόσο απασχολούσατε τον αιτητή υπερωριακά και μέχρι ποια ώρα:.....
10. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε αν τούτο σχετίζεται με την εκτέλεση της εργασίας ή τα καθήκοντα του αιτητή:.....
11. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω του ατυχήματος: €..... την εβδομάδα / το μήνα.
12. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητας του; ΝΑΙ /ΟΧΙ.
Αν "ΝΑΙ" αναφέρετε:
(α) πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι.....
(β) απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι.....
(γ) μειωμένες απολαβές: ποσό €την εβδομάδα / το μήνα
περίοδος από..... μέχρι.....

Υπογραφή Εργοδότη

Ημερομηνία

Σφραγίδα Εργοδότη**ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής Εταιρείας; Εάν ναι, να αναφέρετε το όνομα του Ιατρού, της ασφαλιστικής εταιρείας και την ημερομηνία εξέτασης σας.....

Σημ.: Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησης σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε για εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ VI – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα σωματικής βλάβης για την περίοδο από μέχρι και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / ξανάρχισα εργασία από

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης «για παροχή Επιδόματος Σωματικής Βλάβης».
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.
4. Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: Ονοματεπώνυμο: Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Σημ: Η σελίδα αυτή αποτελεί αντίγραφο της πρώτης σελίδας της αίτησης που υποβάλλει ο αιτητής για εξασφάλιση επιδόματος σωματικής βλάβης. Το αντίγραφο αυτό θα αποστέλλεται στο Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας για σχετική ενημέρωση και θα χρησιμοποιείται σε περίπτωση που ο εργοδότης αρνηθεί ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο δεν γνωστοποιήσει το εργατικό ατύχημα, υποβάλλοντας στο Τμήμα αυτό το σχετικό έντυπο γνωστοποίησης που ακολουθεί στο επόμενο φύλλο. Στο πίσω μέρος του φύλλου αυτού αναγράφονται οδηγίες για συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης εργατικού ατυχήματος.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερομηνία γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
Φύλλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>	Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.	
	Αρ. Διαβατηρίου	
Οικογενειακή Κατάσταση: (Σημείωσε Χ ανάλογα)		
Άγαμος(η) <input type="checkbox"/> Έγγαμος(η) <input type="checkbox"/> Χήρος(α) <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος(η) <input type="checkbox"/> Σε διάσταση <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία γάμου:		
Διεύθυνση:		
Οδός και αριθμός:	Ενορία:	
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού:	Επαρχία:
Τηλέφωνο:	Φαξ:	
Υπηκοότητα		
Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:		
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από
Όνομα συζύγου:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερ. γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
	Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.	
	Αρ. Διαβατηρίου	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Όνομα Εργοδότη:	2. Τηλ. Εργοδότη:
3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):	
4. Ημερομηνία ατυχήματος:	
5. Ώρα ατυχήματος:	
6. Τόπος ατυχήματος:	
7. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:	
.....	
8. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγελθεί:	
.....	
9. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία:	
10. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης σας:	

**Οι περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία
(Γνωστοποίηση Ατυχημάτων και Επικίνδυνων Συμβάντων)
Κανονισμοί του 2007 και 2017.
ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Τι είναι ατύχημα;

Σύμφωνα με τους πιο πάνω Κανονισμούς, ως **ατύχημα** ορίζεται κάθε ασυνεχές (στιγμιαίο) συμβάν το οποίο προκαλεί σωματική ή διανοητική βλάβη ή απώλεια ζωής σε:

- (α) **εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο**, κατά την διάρκεια της εργασίας του ή κατά τη διάρκεια της συνήθους διαδρομής μεταξύ της οικίας και του τόπου εργασίας του
- (β) **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας** κατά την ώρα του συμβάντος και εφόσον το συμβάν προκύπτει από **ενέργειες ή παραλείψεις** που πηγάζουν από τη διεύθυνση ή τη διεξαγωγή των δραστηριοτήτων σε εργασία.

2. Ποιά ατυχήματα είναι γνωστοποιήσιμα;

Γνωστοποιήσιμο είναι οποιοδήποτε ατύχημα το οποίο:

- (α) στην περίπτωση που αφορά **εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο** του προκαλεί απώλεια ζωής ή το καθιστά ανίκανο να εκτελεί τη συνηθισμένη του εργασία στην οποία εργοδοτείται ή απασχολείται, για **τέσσερις (4) ή περισσότερες ημερολογιακές ημέρες**, εξαιρουμένης της ημέρας του ατυχήματος
- (β) στην περίπτωση που αφορά **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας**, του προκαλεί απώλεια ζωής

3. Ποια ατυχήματα δεν είναι γνωστοποιήσιμα - εξαιρέσεις;

- (α) μη θανατηφόρα ατυχήματα σε πρόσωπα που βρίσκονται εκτός εργασίας
- (β) ατυχήματα που προκύπτουν από **εσκεμμένους** τραυματισμούς ή αυτοτραυματισμούς
- (γ) ατυχήματα που έχουν **παθολογικά αίτια** (π.χ. καρδιακά, εγκεφαλικά επεισόδια κλπ).
- (δ) μη θανατηφόρα ατυχήματα σε κληρωτούς στρατιώτες, εφέδρους και εθνοφύλακες κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων των Ενόπλων Δυνάμεων
- (ε) όλα τα ατυχήματα που συμβαίνουν σε:
 - i. πρόσωπα που εργοδοτούνται σε πλοία και αεροσκάφη που ταξιδεύουν
 - ii. πρόσωπα εκτός εργασίας κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων
 - iii. πρόσωπα εκτός εργασίας (ασθενείς) κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων ιατρικής φύσης
 - iv. πρόσωπα εκτός εργασίας κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων διασκέδασης ή αναψυχής

4. Ποιος είναι ο υπεύθυνος για την γνωστοποίηση των ατυχημάτων;

- (α) στην περίπτωση που αφορά **εργοδοτούμενο, ο εργοδότης** του
- (β) στην περίπτωση που αφορά **αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο**, **το ίδιο το αυτοεργοδοτούμενο** πρόσωπο, όταν πρόκειται για μη θανατηφόρο ατύχημα, ή ο **πλησιέστερος συγγενής** του, όταν πρόκειται για θανατηφόρο ατύχημα
- (γ) στην περίπτωση που αφορά **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας**, **το πρόσωπο που έχει τον έλεγχο στο χώρο εργασίας** όπου συνέβηκε το ατύχημα ή το πρόσωπο που διευθύνει ή διεξάγει τις δραστηριότητες στο χώρο αυτό.

5. Πού και πώς γνωστοποιούνται τα ατυχήματα;

5.1 Το υπεύθυνο για τη γνωστοποίηση πρόσωπο, σε πρώτο στάδιο, πρέπει να ενημερώνει αμέσως το αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας της Επαρχίας όπου συνέβηκε το ατύχημα, με τον πιο γρήγορο πρακτικό τρόπο π.χ. τηλεφωνικά, με τηλεμοιότυπο ή με τη συμπλήρωση και υποβολή του **ηλεκτρονικού εντύπου** γνωστοποίησης, που βρίσκεται καταχωρημένο στην επίσημη Ιστοσελίδα του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας, στο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας. Ακολούθως και εντός 15 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος, το ατύχημα θα πρέπει να γνωστοποιείται και γραπτώς με τους πιο κάτω τρόπους:

- (α) με τη συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης ατυχήματος που ακολουθεί και το οποίο αποτελεί μέρος του **Κοινού Εντύπου** «Αίτηση για Επίδομα Σωματικής Βλάβης / Γνωστοποίηση Ατυχήματος». Το κοινό έντυπο θα πρέπει να υποβάλλεται στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας, είτε απευθείας ή μέσω του αντίστοιχου Επαρχιακού Γραφείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το κοινό έντυπο είναι διαθέσιμο στα Επαρχιακά Γραφεία Επιθεώρησης Εργασίας και στα Επαρχιακά Γραφεία Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- (β) με τη συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης **ΤΕΕ-Α-1/DLI-A-1**, στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας. Το έντυπο αυτό είναι διαθέσιμο στα Επαρχιακά Γραφεία Επιθεώρησης Εργασίας και στην επίσημη Ιστοσελίδα του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας

5.2 Στην περίπτωση που το έντυπο γνωστοποίησης του ατυχήματος παραληφθεί στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας ή Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με καθυστέρηση πέραν των 15 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος, τότε το υπεύθυνο πρόσωπο ενδέχεται είτε να προειδοποιηθεί με επιστολή, π.χ. αν παραβαίνει εν αγνοία του για πρώτη φορά τη νομοθεσία ή να υποστεί τις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία κυρώσεις.

6. Περισσότερες πληροφορίες

Για οποιοδήποτε άλλες διευκρινίσεις ή πληροφορίες που αφορούν τη συμπλήρωση του εντύπου, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αποτείνονται στο Αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας στα πιο κάτω τηλέφωνα :

Λευκωσίας: 22879191, 22879184 - **Λεμεσού:** 25827200, 25827215 - **Λάρνακας:** 24805327, 24805316

Πάφου: 26822715, 26822716 - **Αμμοχώστου:** 23819750, 23819754.



Για Επίσημη Χρήση

Κωδ. Μηχανογράφησης:

Ημερ. Παραλαβής:

A/A Αρχείου:

Έντυπο ΤΕΕ-A-1/DLI-A-1

**Οι περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία
(Γνωστοποίηση Ατυχημάτων και Επικίνδυνων Συμβάντων) Κανονισμοί του 2007 και 2017**

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σημειώσεις: i Υποχρέωση για γνωστοποίηση του ατυχήματος υπάρχει μόνο αν πρόκειται για ατύχημα σε εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο με συνέπεια την απουσία του θύματος από την εργασία για τέσσερις (4) ή περισσότερες ημερολογιακές ημέρες εξαιρουμένης της ημέρας του ατυχήματος ή θανατηφόρο ατύχημα σε εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο εκτός εργασίας (βλέπε εξαιρέσεις στο καθοδηγητικό σημείωμα της σελίδας 4).
ii. Στις περιπτώσεις που οι πληροφορίες δεν είναι πραγματικά διαθέσιμες να συμπληρώνεται το σύμβολο «Χ».
iii. Το ονοματεπώνυμο θα πρέπει να είναι πλήρες και να συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα.
iv. Σε περίπτωση που πρόκειται για νομικό πρόσωπο (π.χ. Εταιρεία), να συμπληρώνεται το όνομα της Εταιρείας όπως είναι καταχωρημένο στον Έφορο Εταιρειών και όχι το όνομα του προσώπου που συμπληρώνει ή υπογράφει το έντυπο.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΘΥΜΑΤΟΣ (Σημ.iii):

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΘΥΜΑΤΟΣ: Εργοδοτούμενο

Αυτοεργοδοτούμενο

Πρόσωπο

πρόσωπο

εκτός εργασίας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ: ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / ΑΛΛΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (Υπεύθυνου για τη γνωστοποίηση - Σημ.iii &iv):

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ, ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΑΛΛΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

1.1 Αρ. Μητρ. Εργοδότη / Αυτοεργοδοτούμενου προσώπου (ΑΜΕ των Υπηρ. Κοιν. Ασφ.):

1.2 Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη: Υπάρχει; (✓) ΝΑΙ ΟΧΙ

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: Ημερ. Λήξης Πιστοποιητικού:

1.3 Αρ. Ταυτότητας (για φυσικά πρόσωπα): Αρ. Εγγρ. Εταιρείας (για εταιρείες):

1.4 Τηλέφωνο: Τηλεομοιότυπο: Ηλεκτρ. Διεύθυνση:

1.5 Ταχυδρομική Διεύθυνση (να συμπληρωθεί τουλάχιστο μια από τις δύο πιο κάτω ενότητες Α ή Β)

A.

Οδός και αριθμός: (Σημ.ii) Ενορία: (Σημ.ii)

Προάστειο/Χωριό/Πόλη: Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού: (Σημ.ii) Επαρχία:

B.

Ταχ. Θυρ.: Ταχ.Κώδ. Ταχ. Θυρ.: Περιοχή Ταχ. Θυρ.:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΩΡΟΥ ΟΠΟΥ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

2.1 Διεύθυνση χώρου

Οδός και αριθμός ή περιοχή: (Σημ.ii) Ενορία: (Σημ.ii)

Προάστειο/Χωριό/Πόλη: Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού: (Σημ.ii) Επαρχία:

2.2 Οικονομική δραστηριότητα του εργοδότη / αυτοεργοδοτούμενου / υπεύθυνου για τη γνωστοποίηση (π.χ. οικοδομικές εργασίες, μεταλλικές κατασκευές, ξυλουργικές εργασίες, υπηρεσίες εστίασης, διανομή έτοιμου φαγητού, ξενοδοχειακές υπηρεσίες, λιανικό / χονδρικό εμπόριο, μεταφορά υλικών, αποθήκευση, επιδιόρθωση αυτοκινήτων, γεωργικές εργασίες, εργασίες μεταλλείου / ορυχείου):

2.3 Αριθμός εργοδοτούμενων προσώπων που απασχολούνταν από τον εργοδότη στην τοπική μονάδα στην οποία εδρεύει ή εργάζεται ο/η εργοδοτούμενος/η που τραυματίστηκε. Στην περίπτωση εργοταξίου να αναφέρεται ο αριθμός των εργοδοτούμενων που απασχολούνται στο εργοτάξιο από τον εργοδότη (αν το θύμα ήταν αυτοεργοδοτούμενος συμπληρώστε «0»)

Συνολικός αριθμός: Άνδρες: Γυναίκες:

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΥΜΑΤΟΣ

3.1 Αρ.Ταυτ. / Διαβατ. ή Α.Ρ.Κ. για αλλοδαπό: 3.2: Τηλέφωνο: 3.3: Ημερ. Γέννησης:

3.4 Υπηκοότητα: Κύπριος Αλλοδαπός: από Ε.Ε. εκτός Ε.Ε. Δηλώστε υπηκοότητα

3.5 Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός και αριθμός:..... (Σημ.ii)	Ενορία:..... (Σημ.ii)	
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού :	Επαρχία:

3.6 Καθεστώς απασχόλησης: Εργαζόμενος/η Συμβοηθούν Μέλος Οικογένειας
Καταρτιζόμενος/η / μαθητευόμενος/η Εκτός εργασίας

3.7 Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3.8 Επάγγελμα / ιδιότητα κατά τη στιγμή του ατυχήματος (π.χ. ξυλουργός, οικοδόμος, σερβιτόρος/α, ξενοδοχειακός υπάλληλος, γραφέας, οδηγός, διευθυντής/ρια εταιρείας, επισκέπτης/τρια, κ.λπ.)

4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

4.1. Ώρα ατυχήματος:

4.2 Θέση εργασίας θύματος κατά την ώρα του ατυχήματος (συμπληρώνεται μόνο για εργοδοτούμενα και αυτοεργοδοτούμενα πρόσωπα):

- Συνήθης
 Περιστασιακή ή κινητή θέση κατά τη διάρκεια ταξιδιού για λογαριασμό του εργοδότη
 Κατά τη συνήθη διαδρομή μεταξύ της οικίας και της εργασίας (όχι κατά τη διάρκεια της εργασίας)

4.3 Τρόπος τραυματισμού (δηλώνετε την ακριβή ενασχόληση / δουλειά του θύματος κατά την ώρα του ατυχήματος και περιγράφετε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα):

4.4 Φύση τραυματισμού και μέρος σώματος που τραυματίσθηκε (δηλώνετε τη φύση του τραυματισμού και το μέρος του σώματος που τραυματίσθηκε, π.χ. κάταγμα στο πόδι, γδάρισμα του χεριού, έγκαυμα στο πρόσωπο, εξάρθρωμα καρπού κλπ.):

4.5 Ημερομηνία επιστροφής του θύματος στην εργασία του, μετά το ατύχημα (Να συμπληρωθεί μόνο αν το θύμα ήταν εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο και έχει ήδη επιστρέψει στην εργασία του μετά το ατύχημα) :

5. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (συμπληρώνεται αν το θύμα ήταν εργοδοτούμενο)

5.1 Το ατύχημα καταχωρήθηκε στο Μητρώο Ατυχημάτων του εργοδότη, όπως προνοούν οι περί Διαχείρισης Θεμάτων Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία Κανονισμοί του 2002, όπως αυτοί αντικαθίστανται ή τροποποιούνται;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5.2 Ετοιμάστηκε διερεύνηση του ατυχήματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ:** (η πιο κάτω δήλωση υπογράφεται από και αφορά το υπεύθυνο για τη γνωστοποίηση πρόσωπο, όταν αυτό είναι φυσικό πρόσωπο ή το πρόσωπο που υποβάλλει τη γνωστοποίηση εκ μέρους του, όταν πρόκειται για νομικό πρόσωπο (εταιρεία)):

Εγώ ο / η,

Όνοματεπώνυμο:

Ιδιότητα :(π.χ. διευθυντής/ρια, μηχανικός, επιστάτης/ρια, γραφέας κ.λ.π.)

Τηλέφωνο: Φαξ: Ηλεκτρ. Διεύθυνση:

δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα γνωστοποίηση είναι αληθή.

Υπογραφή

Σφραγίδα

Ημερομηνία:

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679)

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του πιο πάνω Κανονισμού, το Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας (ΤΕΕ) ενημερώνει ότι για σκοπούς διερεύνησης του ατυχήματος στο οποίο αναφέρεται η παρούσα γνωστοποίηση, τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνονται σε αυτή, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας σύμφωνα με τον εν λόγω Κανονισμό. Επίσης το ΤΕΕ ενημερώνει ότι στα πλαίσια της διερεύνησης του ατυχήματος, μέρος των προσωπικών δεδομένων ενδέχεται να ανακοινωθούν σε τρίτους, όπως άλλες Κρατικές ή Ανεξάρτητες Υπηρεσίες ή άλλα δικαιούχα πρόσωπα, όπως δικηγόρους, ασφαλιστικές εταιρείες κ.ά. Το υποκείμενο των δεδομένων αυτών έχει το δικαίωμα υποβολής αιτήματος για πρόσβαση και διόρθωση ή διαγραφή τους ή αντίταξη στην επεξεργασία τους.



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

B. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ

Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙΜΙΑ ΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.

Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:

- (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
- (β) Πιστοποιητικό φοιτήσεως για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
- (γ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
- (δ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανάκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.