



**CYPRIALIFE**

Αρ. Εγγρ. 46532 – Ιδιωτική  
Λεωφ. Ακροπόλεως 17, 2006 Στρόβολος.  
Τηλ. 22 11 12 13

Αρ. Συμβολαίου:

## ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος / Ασφαλισμένο Πρόσωπο είναι αυτοεργοδοτούμενος τότε δεν απαιτείται η συμπλήρωση της δήλωσης.

Η δήλωση αυτή πρέπει να συμπληρωθεί από τον εργοδότη ή από εξουσιοδοτημένο από αυτόν υπάλληλο.

Σε καμία περίπτωση ΔΕΝ μπορεί να συμπληρώνεται από Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή της CNP Cyprialife ή τον ίδιο τον Ασφαλισμένο / Ασφαλισμένο Πρόσωπο.

Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Ασφαλισμένου Προσώπου .....

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων ..... Αρ. Ταυτότητας .....

Ονοματεπώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνο του Εργοδότη .....

1. Ποια η αιτία που τον ανάγκασε να εγκαταλείψει την εργασία του;

.....  
.....

2. Πότε συνέβηκε αυτό; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία. ....

3. Πότε επέστρεψε / θα επιστρέψει στην εργασία του; .....

4. Η μόνη αιτία απουσίας του από τα καθήκοντα του κατά την πιο πάνω περίοδο είναι αυτή που αναφέρετε στην παράγραφο 1; Εάν όχι, αναφέρετε λεπτομέρειες. ....

.....  
.....

5. Περιγράψτε τα καθήκοντα του. ....

.....  
.....

6. Υπήρξε περίοδος που εκτελούσε μέρος των καθηκόντων του; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία.

.....  
.....

7. Ποιο είναι το μικτό μηνιαίο εισόδημα του; .....

8. Έχει υποβληθεί αίτηση ή έγινε οποιαδήποτε πληρωμή από άλλο ταμείο για την περίοδο ανικανότητας του;

.....  
.....

9. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες απουσίασε από την εργασία του για λόγους υγείας; Εάν ναι, αναφέρετε τις αιτίες και τις ημερομηνίες απουσίας. ....

10. α) Υπήρξε αλλαγή στα καθήκοντα του εντός της εταιρείας σας για λόγους υγείας; ☐ Ναι ☐ Όχι

β) Δώστε λεπτομέρειες: .....

γ) Πότε έγινε η αλλαγή; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία. ....

#### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Στα πλαίσια παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών η CNP CYPRIALIFE LTD («Εταιρεία») προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο.

Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους.

#### ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις, ότι οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς, πλήρεις και ακριβείς. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερώσει το άτομο, τα στοιχεία του οποίου περιέχονται σε αυτήν την Απαίτηση, σχετικά με την παροχή από μέρους μου των προσωπικών του δεδομένων στην Εταιρεία.

Σφραγίδα Εργοδότη:  
(όταν αυτός είναι εταιρεία)

Διεύθυνση Εργοδότη .....

Ονοματεπώνυμο .....

Θέση .....

Υπογραφή .....

Ημερομηνία ..... / ..... / .....