

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΤΥΠΟΣ ΕΕ1**

(Κανονισμός 4(2))

**ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ
(Covering Note)**

Αριθμός προσωρινού ασφαλιστηρίου

(Όνομα ασφαλισμένου εργοδότη, φυσικού ή νομικού προσώπου)

Ο/η, έχοντας υποβάλει πρόταση για ασφάλιση, σύμφωνα με τον περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμο ή οποιοδήποτε νόμο τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, έναντι της ευθύνης του για ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια όλων των εργοδοτούμενων του/της, στοιχεία των οποίων παρατίθενται στον πιο κάτω Πίνακα, με το παρόν δηλώνω ότι οι κίνδυνοι έχουν αναληφθεί προσωρινά, με βάση τους συνήθεις όρους της εταιρείας, για την περίοδο από (ώρα) της (ημερομηνία) μέχρι το μεσονύκτιο της (ημερομηνία), εκτός αν το προσωρινό ασφαλιστήριο ακυρωθεί, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Νόμου, και χρεωθεί το ανάλογο μέρος του ετήσιου ασφαλιστρού για τον περίοδο για την οποία η εταιρεία είχε αναλάβει τους κινδύνους.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Όνομα – Επωνυμία ασφαλισμένου:

Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων εργοδότη:

Διεύθυνση ασφαλισμένου:

Είδος εργασίας:

Ανώτατο ασφαλισμένο ποσό:

	Κατηγορία απασχόλησης	Υπολογιζόμενος αριθμός εργοδοτούμενων
Υπολογιζόμενος αριθμός εργοδοτούμενων κατά κατηγορία απασχόλησης:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Υπογραφή

Ο περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Ευθύνης
των εργοδοτών Νόμος
ή οποιοσδήποτε νόμος τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο πιο κάτω υπογεγραμμένος ασφαλιστής πιστοποιώ ότι το παρόν προσωρινό ασφαλιστήριο εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμου ή οποιοσδήποτε νόμου τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, καθώς και των Κανονισμών που έχουν εκδοθεί σύμφωνα με αυτόν.

Υπογραφή

Ημερομηνία:

(Επωνυμία ασφαλιστή)

ΤΥΠΟΣ ΕΕ2

(Κανονισμός 4(1))

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης
της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμος (Νόμος 174 του 1989)
ή οποιοσδήποτε νόμος τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά.

(Αντίγραφο του παρόντος πιστοποιητικού πρέπει να εκτίθεται σε κάθε χώρο εργασίας στον οποίο ο ασφαλισμένος εργοδότης απασχολεί πρόσωπα που καλύπτονται από την ασφάλιση αυτή.)

Αριθμός πιστοποιητικού

1. (α) Ονοματεπώνυμο ή επωνυμία ασφαλισμένου :
- (β) Διεύθυνση ασφαλισμένου :
- (γ) Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων εργοδότη :
2. Αριθμός ασφαλιστηρίου συμβολαίου :
3. Ημερομηνία έναρξης ασφαλιστηρίου :
4. Ημερομηνία λήξης ασφαλιστηρίου :
5. Είδος διεξαγόμενης εργασίας :
6. Υπολογιζόμενος αριθμός προσώπων που απασχολούνται και καλύπτονται από το ασφαλιστήριο :

Πιστοποιώ ότι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο στο οποίο αναφέρεται το παρόν πιστοποιητικό εκδόθηκε σύμφωνα με τις απαιτήσεις του περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμου ή οποιουδήποτε νόμου τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, καθώς και των Κανονισμών που έχουν εκδοθεί σύμφωνα με αυτόν.

(Όνομα και πλήρη στοιχεία ασφαλιστή)

.....

.....

.....

Υπογραφή

Ασφαλιστή:

Ημερομηνία:

ΤΥΠΟΣ ΕΕ5

(Κανονισμός 6(3)(α))

ΜΗΤΡΩΟ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΩΝ

Ο περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης
της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμος (Νόμος 174 του 1989)
ή οποιοσδήποτε νόμος των τροποποιεί ή τον αντικαθιστά

(Όνομα ή επωνυμία εργοδότη)

Από τον/την:

Διεύθυνση εργοδότη:

Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων εργοδότη:

Διεύθυνση τόπου εργασίας:

Περίοδος απασχόλησης: Από: Μέχρι:

Αριθμός εργοδοτούμενων:

Αύξων Αριθμός	Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Όνοματεπώνυμο Εργοδοτούμενου	Είδος Εργασίας	Μισθολογική Κλίμακα	Ημέρες/Ώρες Εργασίας –	Ακαθάριστες Απολαβές	Αποκοπές	Καθαρές Απολαβές
					Αριθμός	£ σεντ	£ σεντ	£ σεντ

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΤΥΠΟΣ ΕΕ4

(Κανονισμός 11)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗ

Ο περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης
της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμος (Νόμος 174 του 1989)
ή οποιοσδήποτε νόμος τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 16 του περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Ευθύνης των Εργοδοτών
Νόμου ή οποιουδήποτε νόμου τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, διορίζω από την
..... (ημερομηνία) και για περίοδο ετών τον/την
κύριο/κυρία.:

Όνοματεπώνυμο:

Υπουργείο:

Θέση:

Επιθεωρητή για τους σκοπούς του προαναφερόμενου Νόμου.

.....
Υπουργός Εργασίας και
Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ημερομηνία:

ΤΥΠΟΣ ΕΕ3

(Κανονισμός 8)

ΕΝΟΡΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο περί Υποχρεωτικής Ασφάλισης
της Ευθύνης των Εργοδοτών Νόμος (Νόμος 174 του 1989)
ή οποιοσδήποτε νόμος τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά

Με την παρούσα ένορκη δήλωσή μου βεβαιώνω ότι το πιστοποιητικό ασφάλισης ή αντίγραφο αυτού, του οποίου τα στοιχεία παρατίθενται πιο κάτω, έχει απολεσθεί/καταστραφεί:*

Αριθμός πιστοποιητικού και ημερομηνία έκδοσης:

Αριθμός ασφαλιστηρίου και ημερομηνία έκδοσης:

Όνομα και διεύθυνση ασφαλιστή που έχει εκδώσει το πιστοποιητικό:

.....

Ημερομηνία έναρξης: Ημερομηνία λήξης:

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία ασφαλισμένου:.....

.....

Διεύθυνση ασφαλισμένου:

Είδος διεξαγόμενης εργασίας:

Αριθμός καλυπτόμενων από το ασφαλιστήριο προσώπων:

Υπογραφή:

Ο δηλών:

Όνομα:

Διεύθυνση:

.....

Ημερομηνία:

* Να διαγραφεί οτιδήποτε δεν εφαρμόζεται.