



Ο Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία γεννήσεως: _____

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος (η) Έγγαμος (η) Χήρος (α) Διαζευγμένος (η) Σε διάσταση Ημερομηνία γάμου: _____

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: _____

Ενορία: _____ Προάστειο/Χωριό/Πόλη: _____ Ταχ. Κωδ. Οδού/Χωριού: _____

Επαρχία: _____ Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. Φαξ: _____

Υπηκοότητα: _____

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: _____ (β) αρ. εγγραφής: _____ (γ) από: _____ μέχρι: _____

(α) τη χώρα: _____ (β) αρ. εγγραφής: _____ (γ) από: _____ μέχρι: _____

Όνομα συζύγου: _____ Ημερομηνία γεννήσεως: _____

Αρ. Ταυτότητας: _____ Αρ. Ασφαλίσεως: _____ Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.: _____ Αρ. Διαβατηρίου: _____

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αριθμός ταυτότητας	Ημερομηνία Γεννήσεως	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 IV - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: _____ Αρ. μητρώου: _____
2. Διεύθυνση εργοδότη: _____ Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. Φαξ: _____
3. Τόπος απασχολήσεως του αιτητή: _____
4. Ωράριο εργασίας του αιτητή: _____ 5. Ημερομηνία 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 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 _____

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή εργοδότη: _____

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΜΕΡΟΣ V - ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απατώ 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: _____

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας: _____

• Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ: Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο σε ΕΙΚΟΣΙΜΙΑ ΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. Μαζί με την αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα 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 ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.