

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:

Η συμπλήρωση της αίτησης αυτής ή η παραλαβή της από την Εταιρία δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως αναμφισβήτητη υποχρέωση της εταιρίας προς τον αιτούντα ή παραίτηση της Ασφαλιστικής Εταιρίας από όρους και προϋποθέσεις που καθορίζονται στο σχετικό Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Όλες οι παρακάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν και το υπογεγραμμένο έντυπο να σταλεί στην διεύθυνση που αναφέρεται στο τέλος του εντύπου. **Είσαστε υπεύθυνοι για όλες τις πληρωμές της πιστωτικής σας κάρτας** μέχρι να σας αποδοθούν οι δικαιούμενες παροχές.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____	ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____	ΗΜΕΡΑ _____	ΜΗΝΑΣ _____	ΧΡΟΝΟΣ _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ _____				
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ _____	ΠΟΛΗ _____	ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ _____	ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΥΡΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ _____				
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ _____				
ΗΜ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ MetLife) _____				
1. ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ _____	ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____			
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ _____	ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ _____	ΠΟΛΗ _____	ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ _____	
3. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ _____				
4. ΗΜ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ _____				
5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____				
6. Η ΘΕΣΗ ΑΥΤΗ ΗΤΑΝ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ _____	ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ _____	ΕΠΟΧΙΑΚΗ _____		
7. ΑΝΑΓΡΑΨΤΕ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ _____				
8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΜΗΣ ΣΑΣ ΗΜΕΡΑΣ _____				
9. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΨΑΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΣΕΣΤΕ _____				
10. ΑΝΑΜΕΝΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ ΣΤΗΝ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____		
ΕΑΝ "ΝΑΙ" ΠΟΤΕ _____				
ΕΑΝ "ΟΧΙ" ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ _____				
11. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΟΥ ΑΙΤΗΘΗΚΑΤΕ ΑΝΕΡΓΙΑ _____				
12. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΟΑΕΔ	ΑΠΟ _____	ΕΩΣ _____		
13. ΕΙΣΤΕ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΕΙΤΕ	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____	ΕΞΗΓΗΣΤΕ _____	

14. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΟΑΕΔ _____				
15. ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΟΑΕΔ _____				

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα ακόλουθα δικαιολογητικά είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση της κάθε απαίτησης (πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα):

- ΚΑΡΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΟΑΕΔ (Πορτοκαλί)
- ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΟΑΕΔ
- ΕΝΤΥΠΟ ΛΙΣΤΑΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΑΠΟ ΟΑΕΔ
- ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΑΕΔ **ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ** ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ
- ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
- ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ (αν υφίσταται)
- ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Φωτοτυπία Ενσήμων ΙΚΑ τελευταίου δωδεκαμήνου)
- ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΟΥ ΕΚΔΟΘΗΚΕ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΛΥΣΗΣ
- ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ
- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ **ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ** ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΕΧΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, οργανισμό, εργοδότη - παλαιό και νέο - ή κυβερνητικό οργανισμό να δώσει οποιαδήποτε πληροφόρηση ζητηθεί, σε σχέση με τραυματισμό ή ασθένεια, συνταγή, θεραπευτική αγωγή ή κατάσταση της εργασιακής μου απασχόλησης στη MetLife. Αντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης έχει την ίδια ισχύ με την πρωτότυπη.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΤΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

MetLife

ΤΜΗΜΑ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 119, Τ.Κ. 151 24 - ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 210 87.87.000 FAX 210 80.56.216 ή 210 61.23.728