

ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αυτή η δήλωση πρέπει να συμπληρώνεται από τον εργοδότη ή από εξουσιοδοτημένο υπάλληλο του (αντιπρόσωπό του), και δεν μπορεί να συμπληρωθεί από οποιονδήποτε ασφαλιστικό σύμβουλο ή υπάλληλο της AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY.

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ

ΠΟΤΕ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΥΠΟΧΡΕΩΘΗΚΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ (ακριβής ημερομηνία)

ΠΟΤΕ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΕΠΕΣΤΡΕΨΕ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ

ΥΠΗΡΞΕ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΟΥ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΕΚΤΕΛΕΣΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΚΑΤΑΒΑΛΑΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

ΕΧΕΙ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΙΤΗΣΗ Ή ΕΓΙΝΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΗΤΑΝ Ο ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ Ή Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΜΟΝΗ ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΠΕΡΙΟΔΟ; ΑΝ ΟΧΙ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι, οι πιο πάνω απαντήσεις μου είναι ορθές και αληθινές.

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι, η Εταιρεία τηρεί και επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, ευαίσθητα ή μη που αφορούν εμένα ή και τα καλυπτόμενα μέλη, τα οποία εγώ γνωστοποίησα σ' αυτή ή τα έλαβε ή θα τα λάβει με άλλο τρόπο από τρίτα πρόσωπα και δηλώνω ότι έλαβα πλήρη γνώση των όσων αναφέρονται στο σχετικό όρο περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα νόμο 138(1)2001.

Υπογραφή Εργοδότη

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Αρ. Ταυτότητας

Τίτλος & Σφραγίδα Εργοδότη

Ημερομηνία