

Α Ι Τ Η Σ Η
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. :	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.									

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

A. Φ. Μ.												ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΕΠΩΝΥΜΟ											ΟΝΟΜΑ	ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ		
A) ΓΕΝΝΗΣΗΣ															
B) ΣΗΜΕΡΙΝΟ															
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜ.-ΤΑΧ. ΚΩΔ.-ΠΟΛΗ										ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ										ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ				
ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ				ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ				Να διαγραφεί το μη ισχύον							
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ*										<u>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ</u>			<u>ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ</u>		
1. Ιατρική Βεβαίωση										<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
2. Έκθεση συνθηκών ατυχήματος										<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
3. Μαρτυρικές Βεβαιώσεις										<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, διαφορετικά δε θα περάσει το αίτημά μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ		ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ		ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.		Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ- ΤΑΧ. ΚΩΔ.- ΠΟΛΗ				ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ*

ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε.	
<u>ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ</u> Ονοματεπ/μο : Υπογραφή :	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ Αριθμός..... Ημερομηνία Παραλαβής..... Συνημμένα.....
*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία Για περισσότερες πληροφορίες INTERNET www.oaee.gr	Ημ/νία:...../...../..... Ο / Η Αιτ.....

ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

A) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΑΡ. ΜΗΤΡ.

B) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Τόπος ατυχήματος

Ημερομηνία που συνέβη το ατύχημα

Ώρα της ημέρας που συνέβη το ατύχημα

Μέλος του σώματος που έπαθε βλάβη

Το ατύχημα προκάλεσε την διακοπή της εργασίας; (ΝΑΙ – ΟΧΙ)

Προσφερθείσες πρώτες βοήθειες από θεραπευτήριο

(Τίτλος θεραπ/ρίου)

Προσφερθείσες πρώτες βοήθειες από γιατρό

(Ονομ/μο – Δ/ση)

Προκλήθηκε νοσηλεία σε θεραπευτήριο και ποιο;

Ημερομηνία εισόδου

Λεπτομερής περιγραφή της εργασίας, του τρόπου και της αιτίας, η οποία προκάλεσε το ατύχημα

Παρόντες κατά την ώρα του ατυχήματος (μάρτυρες)

A)

B)

(Ονομ/μα)

.....200...

(Ημερ/νία)

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Ο ΠΑΘΩΝ ή Ο ΑΝΑΓΓΕΛΩΝ

A)

(Υπογραφή)

B)

(Υπογραφές – Δ/νσεις)

Γ) **ΓΝΩΜΗ ΙΑΤΡΟΥ (1)**

.....200...

(Ημερ/νία)

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

Δ) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

.....200...

(Ημερ/νία)

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

(1) Θα αναγράφεται η επελθούσα βλάβη της υγείας του ασφαλισμένου και εάν πρόκειται περί εργατικού ατυχήματος και επί πόσες μέρες πέραν του δεκαπενθημέρου θα χορηγούνται οι εξωνοσοκομειακές παροχές του Ο.Α.Ε.Ε., ήτοι ιατρικές φροντίδες από συμβεβλημένους θεραπευτές ιατρούς, παρακλινικές εξετάσεις, ειδικές θεραπείες & φάρμακα.