



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο υπογεγραμμένος εργοδότης..... οδός.....
.....αρ.....έχοντας γνώση των συνεπειών του νόμου
"περί ψευδούς δήλωσης" δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η ασφαλισμέν.....
.....με ΑΜ.....διέκοψε την
απασχόλησή του/της στην επιχείρησή μου την..... και δεν θα τ.....
επιτρέψω να εργασθεί κατά την διάρκεια της ανικανότητάς τ.....για εργασία.

ο εργοδότης

(σφραγίδα-υπογραφή)

Απαραίτητα δικαιολογητικά για πληρωμή

- 1) Γνωμάτευση ανικανότητας από ΑΥΕ
- 2) Βεβαίωση εργοδότη
- 3) Ατομικό βιβλιάριο ασθένειας κ' οικογενειακό αν υπάρχει
- 4) Φωτοτυπία 1^η σελ βιβλιαρίου τραπεζικής (IBAN) στο όνομα του άμεσα ασφαλισμένου
- 5) Φωτοτυπία ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή εκκαθ/κο εφορίας στο όνομα του άμεσα ασφ/νου, όπου φαίνεται η διεύθυνση κατοικίας.

Το επίδομα παραγράφεται μετά από έξι μήνες από την ημερομηνία γνωμάτευσης ανικανότητας.