

S1

**Εγγραφή για κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης**

Κανονισμοί 883/04 και 987/09 της ΕΕ (*)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΟ

Το παρόν έγγραφο αποτελεί τη βεβαίωση του δικαιώματός σας καθώς και του δικαιώματος των μελών της οικογένειάς σας επί παροχών ασθενοίας, μητρότητας και ισοδύναμων παροχών πατρότητας σε είδος (ήτοι, υγειονομική περίθαλψη, ιατρική θεραπευτική αγωγή, κ.λπ.) στο κράτος κατοικίας σας. Τα μέλη της οικογένειας καλύπτονται μόνο σε περίπτωση που πληρούν τις προϋποθέσεις που καθορίζονται στη νομοθεσία του κράτους κατοικίας.

Η βεβαίωση πρέπει να παραδοθεί το συντομότερο δυνατό στο φορέα υγειονομικής περίθαλψης του τόπου κατοικίας (**). Στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/social-security-directory/> παρατίθεται κατάλογος των φορέων υγειονομικής περίθαλψης.

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΚΑΤΟΧΟΥ

1.1 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο αρμόδιο κράτος μέλος

1.2 Επώνυμο

1.3 Όνομα

1.4 Γένος (***)

1.5 Ημερομηνία γέννησης

1.6 Διεύθυνση στο κράτος κατοικίας

1.6.1 Οδός, Αριθμός

1.6.3 Ταχυδρομικός κώδικας

1.6.2 Πόλη

1.6.4 Κωδικός χώρας

1.7 Καθεστώς

 1.7.1 Ασφαλισμένος 1.7.2 Μέλος οικογένειας ασφαλισμένου 1.7.3 Συνταξιούχος 1.7.4 Μέλος οικογένειας συνταξιούχου 1.7.5 Αιτών σύνταξη**2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ ΓΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ** 2.1 Ο/Η κάτοχος λαμβάνει παροχές σε χρήμα για μακροχρόνια φροντίδα

(*) Κανονισμοί (ΕΚ) αριθ. 883/2004, άρθρα 17, 22, 24, 25, 26 και 34 και 987/2009, άρθρα 24 και 28.

(**) Όσον αφορά την Ισπανία, τη Σουηδία και την Πορτογαλία, η βεβαίωση πρέπει να προσκομιστεί στα κεντρικά επαρχιακά γραφεία του Εθνικού Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (INSS), στο ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων και στο ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων του τόπου διαμονής, αντίστοιχα.

(***) Πληροφορίες που παρέχει ο/η κάτοχος στο φορέα όταν δεν είναι γνωστές στο φορέα.

S1



Εγγραφή για κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(συμπληρώνεται εάν ο/η κάτοχος δικαιούται υγειονομική περίθαλψη λόγω ασφάλισης άλλου προσώπου)

3.1 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο αρμόδιο κράτος μέλος

3.2 Επώνυμο

3.3 Ονόματα

3.4 Γένος (*)

3.5 Ημερομηνία γέννησης

3.6 Διεύθυνση του ασφαλισμένου σε περίπτωση που διαφέρει από την αναφερόμενη στο σημείο 1.6

3.6.1 Οδός, Αριθμός

3.6.3 Ταχυδρομικός κώδικας

3.6.2 Πόλη

3.6.4 Κωδικός χώρας

4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ/ΜΕΧΡΙ:

4.1 Ημερομηνία έναρξης

4.2 Ημερομηνία λήξης

5. ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ

5.1 Επωνυμία

5.2 Οδός, Αριθμός

5.3 Πόλη

5.4 Ταχυδρομικός κώδικας

5.5 Κωδικός χώρας

5.6 Κωδικός αναγνώρισης του φορέα

5.7 Fax γραφείου

5.8 Τηλέφωνο γραφείου

5.9 Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

5.10 Ημερομηνία

5.11 Υπογραφή

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

(*) Πληροφορίες που παρέχει ο/η κάτοχος στο φορέα όταν δεν είναι γνωστές στο φορέα.

**Δικαίωμα προγραμματισμένης θεραπευτικής αγωγής**

Κανονισμοί 883/04 και 987/09 της ΕΕ (*)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΟ

Το παρόν έγγραφο αποτελεί τη βεβαίωση δικαιώματος σε ορισμένες ιατρικές θεραπευτικές αγωγές στο εξωτερικό. Προσκομίζοντάς την στο φορέα υγειονομικής περίθαλψης στο κράτος παροχής της θεραπευτικής αγωγής, θα λάβετε ιατρική θεραπευτική αγωγή υπό τους ίδιους όρους με τους ασφαλισμένους του εν λόγω κράτους. Ενδέχεται να δικαιούστε συμπληρωματική απόδοση δαπανών σύμφωνα με τα εθνικά ποσοστά απόδοσης δαπανών. Ο φορέας υγειονομικής περίθαλψής σας θα σας συμβουλέψει σχετικά. Στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/social-security-directory/> παρατίθεται κατάλογος των φορέων υγειονομικής περίθαλψης

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΚΑΤΟΧΟΥ

- | | |
|---|----------------------------|
| 1.1 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο αρμόδιο κράτος μέλος | |
| 1.2 Επώνυμο | |
| 1.3 Ονόματα | |
| 1.4 Γένος (**) | |
| 1.5 Ημερομηνία γέννησης | |
| 1.6 Τρέχουσα διεύθυνση | |
| 1.6.1 Οδός, Αριθμός | 1.6.3 Ταχυδρομικός κώδικας |
| 1.6.2 Πόλη | 1.6.4 Κωδικός χώρας |

2. ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- | | |
|--|------------------------|
| 2.1 Θεραπευτική αγωγή | |
| 2.2 Τόπος παροχής της θεραπευτικής αγωγής | |
| 2.3 Αναμενόμενη διάρκεια θεραπευτικής αγωγής | |
| 2.3.1 Ημερομηνία έναρξης | 2.3.2 Ημερομηνία λήξης |

(*) Κανονισμοί (ΕΚ) αριθ. 883/2004, άρθρα 20, 27 και 36, και 987/2009, άρθρα 26 και 33.

(**) Πληροφορίες που παρέχει ο/η κάτοχος στο φορέα όταν δεν είναι γνωστές στο φορέα.

S2



Δικαίωμα προγραμματισμένης θεραπευτικής αγωγής

3. ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ

3.1 Επωνυμία

3.2 Οδός, Αριθμός

3.3 Πόλη

3.4 Ταχυδρομικός κώδικας

3.5 Κωδικός χώρας

3.6 Κωδικός αναγνώρισης του φορέα

3.7 Fax γραφείου

3.8 Τηλέφωνο γραφείου

3.9 Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

3.10 Ημερομηνία

3.11 Υπογραφή

ΣΦΡΑΓΙΔΑ