S1

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΟ

Συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

**Εγγραφή για κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης**



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

Το παρόν έγγραφο αποτελεί τη βεβαίωση του δικαιώματός σας καθώς και του δικαιώματος των μελών της οικογένειάς σας επί παροχών ασθενείας, 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** * **1.7.3 Συνταξιούχος** * **1.7.5 Αιτών σύνταξη** | | |  | * **1.7.2 Μέλος οικογένειας ασφαλισμένου** * **1.7.4 Μέλος οικογένειας συνταξιούχου** | | |

**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.

**1/2**

©Ευρωπαϊκή Επιτροπή

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | | |  |

1. **ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ/ΜΕΧΡΙ:**
   1. **Ημερομηνία έναρξης**

**4.2 Ημερομηνία λήξης**

1. **ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ**
   1. **Επωνυμία**
   2. **Οδός, Αριθμός**
   3. **Πόλη**
   4. **Ταχυδρομικός κώδικας**
   5. **Κωδικός αναγνώρισης του φορέα**
   6. **Fax γραφείου**
   7. **Τηλέφωνο γραφείου**
   8. **Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο**
   9. **Ημερομηνία**
   10. **Υπογραφή**

5.5 Κωδικός χώρας



Συντονισμός των συστημάτων

κοινωνικής ασφάλισης

S1

**Εγγραφή για κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης**

**3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

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

* + 1. **Οδός, Αριθμός**
    2. **Πόλη**
    3. **Ταχυδρομικός κώδικας**
    4. **Κωδικός χώρας**

**3.1 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο αρμόδιο κράτος μέλος**

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

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

**2/2**