



Αριθμός Πρωτοκόλλου:

(συμπληρώνεται από το TEA – ΥΠΟΙΚ)

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

(Η αίτηση συμπληρώνεται **μόνο** από το κυρίως μέλος του Ταμείου, έστω και αν αφορά αίτηση αποζημίωσης λόγω νοσηλείας εξαρτώμενου μέλους. Διευκρινίζεται ότι για κάθε νοσηλεία συμπληρώνεται ξεχωριστή αίτηση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ TEA – ΥΠΟΙΚ: **ΑΦΜ:**

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ γραφείου: **οικίας:** **κινητό:**

Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΣΤΟ EMAIL:

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: **ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ** **ΣΥΖΥΓΟΥ** **ΤΕΚΝΟΥ**

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ:

Ημερομηνία Εισαγωγής:/...../..... Ωρα: : Εξαγωγή:/...../..... Ωρα: :

Παρακαλώ να με αποζημιώσετε για:

..... στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται ανά περίπτωση, βρίσκονται στο Κεφάλαιο 4, παράγραφος 2 (σελ. 24-26) του Οδηγού Μέλους του TEA-ΥΠΟΙΚ.

1. Εισιτήριο-Εξιτήριο
2. Ιατρική γνωμάτευση από ιατρό που προέβη στη χειρουργική επέμβαση (εφόσον δεν προκύπτει με σαφήνεια από το εξιτήριο)
3. Πρωτότυπα παραστατικά δαπανών-αποδείξεις
4. Αντίγραφο τιμολογίου ΚΦΑ ή βεβαίωση κλινικής όπου θα προκύπτει το ΚΕΝ της νοσηλείας και η συμμετοχή του ΚΦΑ
5. Απορριπτική απόφαση συμμετοχής ΚΦΑ ή υπεύθυνη δήλωση ασφαλισμένου
6. Αντίγραφα παραστατικών δαπανών και πρωτότυπη βεβαίωση ΚΦΑ ή ασφαλιστικής
7. Αντίγραφο βιβλιαρίου τραπεζής στο οποίο να φαίνεται ο 25ψήφιος αριθμός IBAN.

Σύνολο συνημμένων δικαιολογητικών: Σύνολο συνημμένων φύλλων δικαιολογητικών:

Η ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ:

- με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση του TEA-ΥΠΟΙΚ: Ακαδημίας 76 (6^{ος} όροφος) ΤΚ 106 78 Αθήνα
- από το ίδιο το μέλος ή από εξαρτώμενο, στα γραφεία του Ταμείου, Δευτ.-Παρ. 9:00-15:00 Ακαδημίας 76, 6^{ος} όροφος, Υπόψη κας Μπακογιάννη

Ο/Η υπογραφόμενος/η, κυρίως μέλος του TEA – ΥΠΟΙΚ, αφού ανέγνωσα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα, ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθείς.

Με την παρούσα ή φωτοαντίγραφο αυτής, εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Ίδρυμα, ή άλλο πρόσωπο το οποίο περιέθαλψε ιατρικώς, εμένα ή καλυπτόμενα μέλη της οικογένειας μου, όπως παράσχει στον ιατρό του TEA – ΥΠΟΙΚ κάθε ιατρική πληροφορία την οποία ήθελε ζητήσει σχετικά με την απαίτησή μου.

Το Ταμείο, ουδεμία ευθύνη φέρει εάν ο φυσικός αποδέκτης της αποζημίωσης δεν είναι ο παθών (το μέλος που νοσηλεύτηκε).

.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ

...../...../.....**201**.....
(ΤΟΠΟΣ) (ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)