



Αριθμός Πρωτοκόλλου:

(συμπληρώνεται από το ΤΕΑ – ΥΠΟΙΚ)

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

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

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ:.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΑ – ΥΠΟΙΚ: ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....Α.Μ. ΚΥΡΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΑΜ ΚΦΑ):.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Γραφείου: Οικίας:..... Κινητό:.....

Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΣΤΟ E-MAIL:

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΤΕΚΝΟΥ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ:.....

ΑΦΜ:.....ΑΜΚΑ: ΑΜ ΚΦΑ:.....

Ημερομηνία Εισαγωγής:/...../..... Ώρα: : Εξαγωγής:/...../..... Ώρα: :

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 ΤΕΑ-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 ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας
7. Αντίγραφο βιβλιαρίου τραπέζης στο οποίο φαίνεται ο 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 ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ: Ακαδημίας 76 (6^{ος} όροφος, γρ. 5) ΤΚ 106 78 Αθήνα
- από το ίδιο το μέλος ή από εξαρτώμενο, στα γραφεία του Ταμείου στην Αθήνα:
Ακαδημίας 76, 6^{ος} όροφος, γραφείο 5, υπόψη κας Μπακογιάννη Μαρίας

Ο/Η υπογραφόμενος/η, άμεσα ή και έμμεσα ασφαλισμένος του ΤΕΑ – ΥΠΟΙΚ, αφού ανέγνωσα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα, ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθείς.

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω δεδομένων είναι το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ. Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η διεκπεραίωση της ιατρικής και οικονομικής εκκαθάρισης του περιστατικού για το οποίο υποβλήθηκαν τα σχετικά ως άνω δικαιολογητικά, χωρίς τα οποία δε δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί.

Με την παρούσα αίτηση, παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την αποθήκευση, επεξεργασία, μεταβίβαση και περαιτέρω χρήση των σχετικών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν εμένα από το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ, καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που δυνάμει σύμβασης με το Ταμείο έχει αναλάβει τη διαχείριση των πρόσθετων παροχών υγείας των Μελών του Ταμείου.

Επιπλέον, εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Ίδρυμα, ή άλλο πρόσωπο το οποίο περιέθαλψε ιατρικώς, εμένα ή καλυπτόμενα μέλη της οικογένειάς μου, όπως παράσχει στο ΤΕΑ – ΥΠΟΙΚ κάθε ιατρική ή οικονομική 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, ήτοι το ασφαλισμένο μέλος που νοσηλεύτηκε.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΝΤΑ

(ΤΟΠΟΣ)

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

...../...../201.....