



# ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 76 Τ.Κ. 10678 - [www.teaypoik.gr](http://www.teaypoik.gr)

ΤΗΛ. 2106400013 - ΦΑΞ 2106400542 - email: [teaypoik@gmail.com](mailto:teaypoik@gmail.com)

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 επίσης, ότι για κάθε νοσηλεία συμπληρώνεται ξεχωριστή αίτηση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ TEA – 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 Εισόδου: ...../...../..... Ώρα: ..... : ..... Εξόδου: ...../...../..... Ώρα: ..... : .....

**Παρακαλώ να με αποζημιώσετε για:** .....

.....

.....

.....

..... στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα .....

### **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται ανά περίπτωση, βρίσκονται στο Κεφάλαιο 4, παράγραφος 2 του Οδηγού Μέλους του TEA-ΥΠΟΙΚ:

1. 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 TEA-ΥΠΟΙΚ: Ακαδημίας 76 (6<sup>ος</sup> όροφος, γρ. 5) ΤΚ 106 78 Αθήνα
- από το ίδιο το μέλος ή από εξαρτώμενο, στα γραφεία του Ταμείου στην Αθήνα:  
Ακαδημίας 76, 6<sup>ος</sup> όροφος, γραφείο 5, υπόψη κας Μπακογιάννη Μαρίας

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

### **ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ TEA-ΥΠΟΙΚ**

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω ευαίσθητων δεδομένων είναι το TEA-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.

Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού και αντίρρησης επεξεργασίας, φορητότητας και διαγραφής των δεδομένων που τους αφορούν βάσει των αρ. 12 και 13 του ν. 2472/1997, όπως αυτά ισχύουν. Τέλος έχουν το δικαίωμα καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων

Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr) εφόσον ο ασφαλισμένος θεωρεί ότι προσβάλλεται ο ίδιος και τα δικαιώματά του με οποιονδήποτε τρόπο

Παρακαλούμε επίσης, όπως ανατρέξετε για επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, νομιμοποιητική χρήση, το σκοπό τη φύση της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων, το χρόνο διατήρησης, τους αποδέκτες και την πολιτική προστασίας αυτών καθώς και για τα δικαιώματά σας στο Ενημερωτικό Έντυπο, προσανατολισμένο στις επιταγές του Γενικού Κανονισμού της Ε.Ε. 2016/679, που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.teaypoik.gr/>.....

Σημειωτέον ότι, σε περίπτωση μη αποδοχής από το υποκείμενο των δεδομένων ή/και τον αιτούντα, σε περίπτωση που ο παθών δεν είναι ο κυρίως ασφαλισμένος, των ανωτέρω όρων της αίτησης αποζημίωσης, αυτό θα συνεπάγεται αυτόματα τον μη έλεγχο του περιστατικού καθώς και την μη καταβολή ενδεχόμενης αποζημίωσης.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ(ΔΠΧ) & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ(ΕΚΔΠΧ)**

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (δηλ. συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση και οποιαδήποτε περαιτέρω χρήση αυτών), μέσω της παρούσας αίτησης και του ενημερωτικού εντύπου στην ιστοσελίδα του Ταμείου.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων
- Συναινώ στην τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα μου σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε 2016/679) για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ, που αφορούν εμένα και προκύπτουν από την παρούσα αίτηση ή και συμπληρωματικών δεδομένων που λάβει το Ταμείο μελλοντικά και είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της όλης ασφαλιστικής μου σχέσης με το Ταμείο (όπως αυτή καθορίζεται τόσο από το Καταστατικό, όσο και από το κάθε φορά ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων) όσο και για την οικονομική και ιατρική εκκαθάριση περιστατικών προς ενδεχόμενη αποζημίωση, 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

.....  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ  
(εφόσον απαιτείται)

.....  
(ΤΟΠΟΣ) & (ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)