



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 76 Τ.Κ. 10678 - www.teapoik.gr

ΤΗΛ. 2106400013 - ΦΑΞ 2106400542 - email: teapoik@gmail.com

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 ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ 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 πρόέβη 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, υπ'όψιν κας Μπακογιάννη Μαρίας

Ο/Η υπογραφόμενος/η, κυρίως μέλος του ΤΕΑ – 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 οικογένειάς μου, όπως παράσχει στον ιατρό του ΤΕΑ – ΥΠΟΙΚ κάθε ιατρική πληροφορία την οποία ήθελε ζητήσει σχετικά με την απαιτήσή 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

(ΤΟΠΟΣ)

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

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