# **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ**

**( Ο.Α.Ε.Ε. )**

## **Α Ι T Η Σ Η ΚΑΙ Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η**

**ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του

ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΠΡΟΣΘΕΣΗ ΜΕΛΟΥΣ

# **ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.** : **ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.**

#

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ** (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Α. Φ. Μ. ΗΜΕΡΟΜ . ΓΕΝΝΗΣΗΣ

**ΕΠΩΝΥΜΟ**  **ΟΝΟΜΑ** ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ ΟΝ..ΜΗΤΕΡΑΣ

Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ

ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ –ΑΡΙΘΜ.-ΤΑΧ. ΚΩΔ.-ΠΟΛΗ ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΑΡ.ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

 ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ Να διαγραφεί το μη ισχύον----**Α.Μ.Κ.Α :**

 **ΣΥΖΥΓΟΣ** Παρακαλώ, όπως στο υπάρχον ή το υπό έκδοση οικογενειακό βιβλιάριο ασθενείας **ΟΝΟΜΑ**  **ΗΜ. ΓΕΝΝ.**

συμπεριλάβετε και τους παραπλεύρως αναφερόμενους δηλώνοντας υπεύθυνα και

εν γνώση των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι : **……………………………….**

α) Αποτελούν νόμιμα μέλη της οικογενείας μου **ΤΕΚΝΑ**

β) Κανένα από τα μέλη αυτά δεν εργάζεται ή συνταξιοδοτείται και επομένως **ΟΝΟΜΑ ΗΜ. ΓΕΝΝ**.

δεν δικαιούται περιθάλψεως από άλλο Ασφ/κό Οργανισμό ή το δημόσιο

γ) Υποχρεούμαι να σας ειδοποιήσω εγκαίρως εάν σε κάποιο μέλος της **1**………………………

οικογένειάς μου επέλθει οποιαδήποτε μεταβολή (γάμος,θάνατος ,εργαστεί κλπ) **2**………………………

 **3**………………………

**ΣΥΝ. :** 1.Δύο φωτογραφίες του μέλους ή των μελών της οικογενείας **4**………………………

 2. Βιβλιάρια Εισφορών **5**………………………

 3. Υπεύθυνη Δήλωση **6**………………………

 4. Πιστοποιητικό οικογ. Καταστ.(Αυτεπάγγελτη αναζήτηση)
 5. Εκκαθαριστικό Εφορίας

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου.
**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

 ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ

ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ- ΤΑΧ. ΚΩΔ.- ΠΟΛΗ ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

 **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ\***

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……………………………………….

 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**

**ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ**

 Αριθμός………………………………………………...

Ονοματεπ/μο :…………………………………………… Ημερομηνία Παραλαβής……………………………….

Υπογραφή :…………………………………………… . Συνημμένα……………………………………………..

**\*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία** Hμερ/νία:………/………./………

Ο / Η Αιτ………και υπευθύνως δηλ……….

Κ 0620/7/06 (Περιφ. Τμήμα)