

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΗΔΗ ΠΑΡΟΧΕΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ Ή ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71: άρθρο 22.1.β)ι)- άρθρο 22.1.γ)ι)- άρθρο 22.3- άρθρο 22.α)- άρθρο 31
Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72: άρθρο 22.1 και 3- άρθρο 23- άρθρο 31.1 και 3

Ο αρμόδιος φορέας ή ο φορέας του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου, του συνταξιούχου ή του μέλους οικογένειας εκδίδει το έντυπο για τον ασφαλισμένο, τον συνταξιούχο ή το μέλος οικογένειας. Εάν ο ασφαλισμένος ή ο συνταξιούχος μεταβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντίγραφο του εντύπου πρέπει επίσης να αποσταλεί στο Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων (Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne).

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα και μόνον στις διάστικτες γραμμές. Αποτελείται από 2 σελίδες, από τις οποίες καμία δεν πρέπει να παραλειφθεί.

1.	<input type="checkbox"/> Μισθωτός εργαζόμενος	<input type="checkbox"/> Μέλος οικογένειας μισθωτού εργαζόμενου
	<input type="checkbox"/> Αυτοτελώς απασχολούμενος	<input type="checkbox"/> Μέλος οικογένειας αυτοτελώς απασχολούμενου
	<input type="checkbox"/> Συνταξιούχος (μισθωτός εργαζόμενος)	<input type="checkbox"/> Μέλος οικογένειας συνταξιούχου (μισθωτού εργαζόμενου)
	<input type="checkbox"/> Συνταξιούχος (αυτοτελώς απασχολούμενος)	<input type="checkbox"/> Μέλος οικογένειας συνταξιούχου (αυτοτελώς απασχολούμενου)

1.1	Επώνυμο(-α) ⁽²⁾ :
1.2	Όνομα(-τα) ⁽³⁾ :
	Ημερομηνία γέννησης:
1.3	Προηγούμενο(-α) επώνυμο(-α):
1.4	Διεύθυνση στην αρμόδια χώρα:
1.5	Διεύθυνση στη χώρα, στην οποία μεταβαίνει το ενδιαφερόμενο πρόσωπο:
1.6	Αριθμός μητρώου ασφάλισης ⁽⁴⁾ :

2. Το ανωτέρω πρόσωπο έχει λάβει έγκριση να διατηρήσει το δικαίωμα για παροχές σε είδος

της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας της ασφάλισης μη εργατικών ατυχημάτων⁽⁵⁾
στην (στο) (χώρα), όπου μεταβαίνει

2.1 για να κατοικήσει

2.2 για να υποβληθεί σε θεραπεία από⁽⁶⁾
.....
..... ή από οποιονδήποτε άλλο ίδρυμα παρόμοιας φύσης σε περίπτωση μετακίνησης που είναι ιατρικά αναγκαία προς επίτευξη της εν λόγω θεραπείας.

2.3 για την αποστολή βιολογικών δειγμάτων προς ανάλυση, χωρίς να απαιτείται η παρουσία του συγκεκριμένου προσώπου.

3. Οι παροχές αυτές χορηγούνται με την υποβολή της παρούσας βεβαίωσης,
από έως συμπεριλαμβανόμενης.

4.	Η έκθεση του θεράποντος ιατρού
4.1	<input type="checkbox"/> επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο σε σφραγισμένο φάκελο
4.2	<input type="checkbox"/> απεστάλη την προς ⁽⁷⁾
4.3	<input type="checkbox"/> θα αποσταλεί εκ μέρους μας ύστερα από αίτημα
4.4	<input type="checkbox"/> δεν έχει συνταχθεί

5.	Αρμόδιος φορέας
5.1	Επωνυμία:
5.2	Κωδικός του φορέα:
5.3	Διεύθυνση:
5.4	Σφραγίδα
5.5	Ημερομηνία:
5.6	Υπογραφή:

Πληροφορίες για τον ασφαλισμένο

Πρέπει να υποβάλετε το παρόν έντυπο όσο το δυνατόν συντομότερα στο φορέα ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας του τόπου, στον οποίο μεταβαίνετε, δηλαδή:

Στο **Βέλγιο**, στη *mutualité* (Τοπικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας.

Στην **Τσεχική Δημοκρατία**, στο *Zdravotní pojišťovna*, ταμείο υγειονομικής ασφάλισης του τόπου κατοικίας.

Στην **Δανία**, στον πάροχο της θεραπείας, συνήθως ο γενικός ιατρός, που θα σας παραπέμψει σε ειδικό.

Στην **Γερμανία**, στο *Krankenkasse* (Ταμείο ασφάλισης ασθενείας) της επιλογής σας.

Στην **Εσθονία**, στο *Eesti Haigekassa* (Εσθονικό ταμείο υγειονομικής ασφάλισης).

Στην **Ελλάδα**, κατά κανόνα, στο Περιφερειακό ή Τοπικό Υποκατάστημα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), που πρέπει να εκδώσει για το συγκεκριμένο πρόσωπο ένα βιβλιάριο υγείας, χωρίς το οποίο δεν χορηγούνται παροχές σε είδος.

Στην **Ισπανία**, στις ιατρικές/νοσοκομειακές υπηρεσίες του συστήματος υγείας που καλύπτεται από την ισπανική κοινωνική ασφάλιση. Πρέπει να υποβάλετε το έντυπο καθώς και ένα φωτοαντίγραφο αυτού.

Στην **Γαλλία**, στο *Caisse primaire d'assurance-maladie* (Βασικό ταμείο ασφάλισης ασθενείας).

Στην **Ιρλανδία**, στην τοπική υγειονομική μονάδα του *Health Service Executive*.

Στην **Ιταλία**, στην *Azienda sanitaria locale (ASL)* (Τοπική υγειονομική μονάδα) που είναι αρμόδια ανάλογα με την περιοχή.

Στην **Κύπρο**, στο Υπουργείο Υγείας (*Ministry of Health*), 1448 Λευκωσία.

Στην **Λετονία**, στο *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra* (Κρατικό ίδρυμα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης).

Στην **Λιθουανία**, στο τοπικό ταμείο ασθενείας και στους φορείς ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας.

Στο **Λουξεμβούργο**, στο *Caisse de maladie des ouvriers* (Ταμείο ασθενείας εργατών).

Στην **Ουγγαρία**, στον πάροχο της θεραπείας.

Στην **Μάλτα**, στην υπαγόμενη στην εθνική υγειονομική υπηρεσία μονάδα (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο, υγειονομικό κέντρο) που παρέχει την περίθαλψη.

Στις **Κάτω Χώρες**, σε οποιοδήποτε αρμόδιο ταμείο ασθενείας του τόπου κατοικίας ή, σε περίπτωση προσωρινής διαμονής, στο *Agis zorgverzekeringen*, Ουτρέχτη.

Στην **Αυστρία**, στο *Gebietskrankenkasse* (Περιφερειακό ταμείο ασφάλισης ασθενείας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής.

Στην **Πολωνία**, στο περιφερειακό υποκατάστημα του *Narodowy Fundusz Zdrowia* (Εθνικού ταμείου υγείας) που είναι αρμόδιο για τον τόπο κατοικίας ή διαμονής.

Στην **Πορτογαλία**, για τη **Μητροπολιτική Πορτογαλία**: στο *Administração Regional de Saúde* (Περιφερειακό υγειονομικό κέντρο) του τόπου κατοικίας ή διαμονής· για τη **Μαδέρα**: στο *Centro de Saúde* (Υγειονομικό κέντρο) του τόπου κατοικίας ή διαμονής· για τις **Αζόρες**: στο *Centro de Saúde* (Υγειονομικό κέντρο) στον τόπο κατοικίας ή διαμονής.

Στην **Σλοβενία**, στην περιφερειακή μονάδα του *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* (Φορέας υγειονομικής ασφάλισης της Σλοβενίας) του τόπου κατοικίας ή διαμονής.

Στην **Σλοβακία**, στο *zdravotná poisťovňa* (Εταιρεία υγειονομικής ασφάλισης) της επιλογής του ασφαλισμένου.

Στην **Φινλανδία**, στο τοπικό γραφείο του *Kansaneläkelaitos* (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Το έντυπο υποβάλλεται στο δημοτικό υγειονομικό κέντρο ή στο δημόσιο νοσοκομείο που παρέχει την θεραπεία.

Στην **Σουηδία**, στο *Försäkringskassan* (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) του τόπου κατοικίας. Το έντυπο υποβάλλεται στο φορέα που παρέχει τη θεραπεία.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, στην ιατρική υπηρεσία (ιατρός, οδοντίατρος, νοσοκομείο κ.λπ.) που παρέχει την περίθαλψη.

Στην **Ισλανδία**, στο *Tryggingastofnun ríkisins* (Κρατικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), στο *Ρέικιαβικ*.

Στο **Λιχτενστάιν**, στο *Amt für Volkswirtschaft* (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας), στο *Βαντούζ*.

Στην **Νορβηγία**, στο *okale trygdekontor* (Τοπικό γραφείο ασφαλίσεων).

Στην **Ελβετία**, στην *Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG* (κοινός φορέας σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για την ασφάλιση ασθενείας), στο *Solothurn*. Το έντυπο πρέπει να απευθύνεται στον ιατρό ή το νοσοκομείο που χορηγεί τη θεραπεία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

(1) Σύμβολο της χώρας, στην οποία ανήκει ο φορέας που συμπληρώνει το έντυπο: BE = Βέλγιο· CZ = Τσεχική Δημοκρατία· DK = Δανία· DE = Γερμανία· EE = Εσθονία· GR = Ελλάδα· ES = Ισπανία· FR = Γαλλία· IE = Ιρλανδία· IT = Ιταλία· CY = Κύπρος· LV = Λετονία· LT = Λιθουανία· LU = Λουξεμβούργο· HU = Ουγγαρία· MT = Μάλτα· NL = Κάτω Χώρες· AT = Αυστρία· PL = Πολωνία· PT = Πορτογαλία· SI = Σλοβενία· SK = Σλοβακία· FI = Φινλανδία· SE = Σουηδία· UK = Ηνωμένο Βασίλειο· IS = Ισλανδία· LI = Λιχτενστάιν· NO = Νορβηγία· CH = Ελβετία.

(2) Σημειώσατε όλα τα επώνυμα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(3) Σημειώσατε όλα τα ονόματα κατά τη σειρά που αναφέρονται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

(4) Αναφέρατε τον αριθμό του ασφαλισμένου, εάν το μέλος οικογένειας δεν διαθέτει προσωπικό αριθμό μητρώου.

(5) Προς συμπλήρωση από τους γαλλικούς φορείς για τους αυτοτελώς απασχολούμενους στη γεωργία.

(6) Προς συμπλήρωση, εφόσον είναι δυνατόν.

(7) Επωνυμία και διεύθυνση του φορέα, στον οποίο έχει υποβληθεί η ιατρική έκθεση.