



Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΚΔΟΣΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΕΚΑΑ)

Α' ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		<input type="checkbox"/> ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΡΤΑ	<input type="checkbox"/> ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ (ΕΜΑΔ)	<input type="text" value="0000"/>	<input type="checkbox"/> ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ	<input type="checkbox"/> ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ
<input type="checkbox"/> ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	ΦΥΛΟ :	<input type="checkbox"/> ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ	Α.Φ.Μ.
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	
ΔΗΜΟΣ	ΝΟΜΟΣ	ΑΡ.ΜΗΤΡ. ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛ.(ΑΜΚΑ)	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ	Ν.Π.Δ.Δ.	ΥΠΗΡΕΣΙΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΚΙΝΗΤΟ	FAX

Β' ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		<input type="checkbox"/> ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΡΤΑ	<input type="checkbox"/> ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ (ΕΜΑΔ)	<input type="text" value="0000"/>	<input type="checkbox"/> ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ	<input type="checkbox"/> ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ
<input type="checkbox"/> ΦΟΙΤΗΤΗΣ	<input type="checkbox"/> ΑΠΟ ΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΑΠΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟ	<input type="checkbox"/> ΣΥΖΥΓΟΣ
<input type="checkbox"/> ΓΟΝΕΑΣ	<input type="checkbox"/> ΑΔΕΛΦΕΣ	<input type="checkbox"/> ΠΑΙΔΙ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Δ.Τ.	Α.Φ.Μ.	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	
ΔΗΜΟΣ	ΝΟΜΟΣ	ΑΡ.ΜΗΤΡ. ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛ.(ΑΜΚΑ)	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΚΙΝΗΤΟ	FAX

Γ' ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ			
ΦΟΡΕΑΣ - ΚΩΔΙΚΟΣ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ - ΚΩΔΙΚΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΦΟΙΤΗΤΕΣ)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΤΑΣ
ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΠΠΑ)			
ΕΚΔΟΣΗ ΕΝΤΥΠΟΥ Ε101 (Μόνο για αποσπασμένους και μετακινούμενους υπαλλήλους για υπηρεσιακούς λόγους από έως ΧΩΡΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Δηλώνω ότι δεν είμαι κάτοχος άλλης ΕΚΑΑ (Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθενείας) ούτε εκκρεμεί αίτηση σε άλλον Ασφαλιστικό Οργανισμό και σε περίπτωση απώλειας υποχρεούμαι να ενημερώνω την Υπηρεσία (ΟΠΑΔ).

Ημερομηνία

Ο/Η Δηλών - Δηλούσα

_____/_____/_____

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΕΚΑΑ (Συμπληρώνεται εάν ο δικαιούχος επιθυμεί να του αποσταλεί ταχυδρομικώς με δικά του έξοδα)			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΑΧΥΔΡ.ΚΩΔΙΚΑΣ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΠΟΛΗ	ΧΩΡΑ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
1. Βιβλιάριο ασθενείας θεωρημένο για το τρέχον έτος.
2. Για υπαλλήλους που μετακινούνται για υπηρεσιακούς λόγους απόφαση της υπηρεσίας τους η αποσπαστήριο.
3. Για φοιτητές βεβαίωση αποδοχής η εγγραφής από Πανεπιστήμιο.