S3

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΟ

Συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

**Ιατρική θεραπευτική αγωγή για πρώην μεθοριακό εργαζόμενο σε πρώην χώρα εργασίας**

Κανονισμοί 883/04 και 987/09 της ΕΕ (\*)



Το παρόν έγγραφο αποτελεί τη βεβαίωση του δικαιώματός σας επί ορισμένων ιατρικών θεραπευτικών αγωγών στο πρώην κράτος εργασίας σας.

Προσκομίζοντάς την στο φορέα υγειονομικής περίθαλψης στον τόπο διαμονής θα λάβετε ιατρική θεραπευτική αγωγή υπό τους ίδιους όρους με τους ασφαλισμένους του εν λόγω κράτους. Στο δικτυακό τόπο

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>παρατίθεται κατάλογος των φορέων υγειονομικής περίθαλψης.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΚΑΤΟΧΟΥ** | | |  | | |
| **1.1 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο αρμόδιο κράτος μέλος** | | | |  | |
| **1.2 Επώνυμο** |  | | | | |
| **1.3 Ονόματα** |  | | | | |
| **1.4 Γένος (\*\*)** |  | | | | |
| **1.5 Ημερομηνία γέννησης** | |  | | | |
| **1.6 Τρέχουσα διεύθυνση** | |  | | | |
| **1.6.1 Οδός, Αριθμός 1.6.3 Ταχυδρομικός κώδικας** | | | | | |
| **1.6.2 Πόλη 1.6.4 Κωδικός χώρας** | | | | | |
| **1.7 Προσωπικός αριθμός αναγνώρισης στο πρώην κράτος μέλος εργασίας** | | | | |  |
| **1.8 Καθεστώς** |  | | | | |
|  **1.8.1 Πρώην μεθοριακός εργαζόμενος**  **1.8.2 Μέλος της οικογένειας πρώην μεθοριακού εργαζόμενου** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ** |  | |
| **Το προαναφερθέν πρόσωπο δικαιούται** | |  |
|  **2.1 συνέχιση θεραπευτικής αγωγής την οποία ξεκίνησε σε πρώην κράτος εργασίας, δηλαδή (\*\*\*)**  **2.1.1 είδος θεραπευτικής αγωγής / ασθένειας** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  **2.2 θεραπευτική αγωγή στο πρώην κράτος εργασίας (\*\*\*)** | | |

©Ευρωπαϊκή Επιτροπή

(\*) Κανονισμοί (ΕΚ) αριθ. 883/2004, άρθρο 28, και 987/2009, άρθρο 29.

(\*\*) Πληροφορίες που παρέχει ο/η κάτοχος στο φορέα όταν δεν είναι γνωστές στο φορέα. (\*\*\*) Να αναφερθεί το πρώην κράτος μέλος εργασίας

**1/2**



Συντονισμός των συστημάτων

κοινωνικής ασφάλισης

S3

**Ιατρική θεραπευτική αγωγή για πρώην μεθοριακό εργαζόμενο σε πρώην χώρα εργασίας**

**ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

**3.11 Υπογραφή**

**3.1 Επωνυμία**

**3. ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ**

**2/2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2 Οδός, Αριθμός** | | | |  | | | | | | |
| **3.3 Πόλη** |  | | | | | | | | | |
| **3.4 Ταχυδρομικός κώδικας** | | | | | |  | | | **3.5 Κωδικός χώρας** |  |
| **3.6 Κωδικός αναγνώρισης του φορέα** | | | | | | | |  | | |
| **3.7 Fax γραφείου** | | |  | | | | | | | |
| **3.8 Τηλέφωνο γραφείου** | | | | |  | | | | | |
| **3.9 Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο** | | | | | | |  | | | |
| **3.10 Ημερομηνία** | |  | | | | | | | | |