

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ Η ΑΙΤΗΣΗ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ

Προς: Ε.Φ.Κ.Α. Γενική Διεύθυνση Καταβολής

Παροχών Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ -ΔΗΛΩΣΗ

Επώνυμο..... Παρακαλώ να γίνει ηλεκτρονικά η καταχώρηση
Όνομα..... της ασφαλιστικής μου ικανότητας για το 2018
Πατρώνυμο..... (ΦΕΚ 1635 / 20-6-2014)
Όνοματεπώνυμο συζύγου.....
ΑΜ:.....
Α.Μ.Κ.Α.....
Α.Φ.Μ.....
Οδός.....
Αριθμός.....Τ.Κ.....
Πόλη.....
Κινητό Τηλέφωνο.....
E mail:.....

Δηλώνω υπεύθυνα εν γνώσει των συνεπειών του νόμου και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 περί ψευδούς δηλώσεως, ότι:

- 1) έχω προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την επικαιροποίηση των στοιχείων μου και του ιστορικού ασφάλισής μου
- 2) Α. έχω ελέγξει την ασφαλιστική μου ικανότητα, μέσω των ηλεκτρονικών υπηρεσιών του Ε.Φ.Κ.Α. και **έχω ασφαλιστική ικανότητα για το 2017** εγώ και τα προστατευόμενα μέλη μου (στην περίπτωση που ασφαλίσετε προστατευόμενα μέλη)
Β. **έχω υπαχθεί σε καθεστώς ρύθμισης οφειλών** (Ν. 4152/13, 4305/14, 4321/15) και καταβάλλω τις τρέχουσες ασφαλιστικές εισφορές
Γ. **έχω υποβάλει αίτηση υπαγωγής σε ρύθμιση οφειλών** (Ν. 4152/13, 4305/14, 4321/15), η οποία δεν έχει εκκαθαριστεί, και καταβάλλω τις τρέχουσες ασφαλιστικές εισφορές
- 3) Συνημμένα υποβάλλω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται κατά περίπτωση για την καταχώρηση των βιβλιαρίων (όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα του Ταμείου www.tsay.gr)

Α. της (του) **συζύγου** μου.....και

Β. των **τέκνων** μου.....

Ημερομηνία.....

Ο /η αι.....

Έλεγχος

Τμήμα Οικονομικό

Τμήμα Παροχών Ανοικτής Περίθαλψης