



Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Α.Μ. Άμεσου Μέλους

--	--	--	--	--

Κωδικός Έμμεσου Μέλους

--

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
(ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ)**

ΕΠΩΝΥΜΟ :
(Άμεσου μέλους) (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ :
(Άμεσου μέλους)

Διεύθυνση κατοικίας και Τ.Κ. :

Τηλ. σπιτιού :

Τηλ. γραφείου:

Κινητό :

.....
ΠΟΛΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ
ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΑΣ**

- 1. Την παράταση ασφάλισης μέχρι να δικαιωθεί ασφάλιση από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα περιθαλψης
- 2. Την έκδοση βεβαίωσης προσωρινής διαγραφής του/της
- 3. Τη συμπληρωματική-προαιρετική ασφάλιση του/της

- α) Ονοματεπώνυμο :
- β) Συγγενική σχέση :
- γ) Είδος ασφάλισης :
- δ) Κύριος φορέας ασφάλισης :
- ε) Α.Φ.Μ. υπό ασφάλιση μέλους :
- στ) Δ.Ο.Υ. υπό ασφάλιση μέλους:.....

ΑΠΟΦΑΣΗ

Προς το
Διοικητικό Συμβούλιο του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

Υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά στο Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και δηλώνω υπεύθυνα ότι :

1. Έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι τους όρους και τις προϋποθέσεις ασφάλισης του νέου Κανονισμού Ασφάλισης και Παροχών του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για την ασφάλιση των μελών της ατομικής μου οικογένειας
2. Γνωρίζω ότι η ασφάλιση των έμμεσων μελών της μερίδας μου θα διακοπεί σε περίπτωση κατά την οποία διακοπεί η ασφάλισή μου για οιονδήποτε λόγο και μη υπάρχοντος δικαιοδόχου σύνταξης.
3. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω εγκαίρως το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για οποιαδήποτε οικογενειακή μεταβολή εντός τριών μηνών και είμαι ενήμερος για τη διαδικασία της επανεγγραφής.

Ο/Η ΑΙΤ
.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

(συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΚΙΝΗΣΗ	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή

Ποσοστό : Από % -> % Από:.....

No. της

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ