



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ημερομ.
Αναχώρησης

...../...../.....

Φορέας	ΑΤΠΣΥΤΕ	Κωδικ.	23017
Υποκατάστημα	κεντρικό	Κωδικ.	000

Είναι η πρώτη φορά που ζητώ να εκδοθεί ΕΚΑΑ από το Ταμείο	ΝΑΙ - ΟΧΙ
---	-----------

Α.Μ. - α/κ

Α.Μ.Κ.Α.

Α	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ
Σ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ
Ημερ. Γέννησης	/ /
ΦΥΛΟ	
Α	ΑΡΡΕΝ (Άνδρας)
Θ	ΘΗΛΥ (Γυναίκα)
Α.Φ.Μ.	

Αρ. Ταυτότητας	
ΕΙΔΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
Τ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
Δ	ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ
Σ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
Α	ΑΛΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Χώρα Υπηκοότ	Κωδικός
--------------	---------

Ελληνικοί Χαρακτήρες	Λατινικοί Χαρακτήρες
----------------------	----------------------

Επών. Γέννησης	
Επών. Σημερινό	
Όνομα	
Όνομα Πατρός	
Όνομα Μητρός	

Α	ΑΜΕΣΟΣ
Ε	ΕΜΜΕΣΟΣ (Μέλος Άμεσου)
Ημερομηνία Λήξης περίθαλψης	

ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ			
Σ	ΣΥΖΥΓΟΣ	Γ	ΓΟΝΙΟΣ
Π	ΠΑΙΔΙ	Α	ΑΔΕΛΦΟΣ-Η
		Ε	ΕΓΓΟΝΙ

Α.Μ. Αναφ - α/κ	Α.Μ.Κ.Α. Αναφοράς
-----------------	-------------------

Μ	ΜΙΣΘΩΤΟΣ	Ε	ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΕΛ.	Α	ΑΝΕΡΓΟΣ	Φ	ΦΟΙΤΗΤΗΣ
---	----------	---	----------------	---	---------	---	----------

Οδός - Αριθμός				
Δήμος - Κοινότητα				
Κωδ. Νομού	Τηλ-1	Τηλ-2		
Χώρα	Κωδ.	FAX		

Δηλώνω ότι δεν έχω σε ισχύ άλλη ΕΚΑΑ, ούτε εκκρεμεί σχετική αίτηση.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΗΣ Ε.Κ.Α.Α.

Ημερομηνία

Ο δηλών / Η Δηλούσα

Υπογραφή :

Ημερομηνία: