

Α Ι Τ Η Σ Η Κ Α Ι Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η
Γ Ι Α Ε Κ Δ Ο Σ Η Ο Ι Κ Ο Γ Ε Ν Ε Ι Α Κ Ο Υ Β Ι Β Λ Ι Α Ρ Ι Ο Υ Α Σ Θ Ε Ν Ε Ι Α Σ

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του

ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ <input type="checkbox"/>	ΠΡΟΣΘΕΣΗ ΜΕΛΟΥΣ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε. :	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Α. Φ. Μ.		ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ ΟΝ..ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜ. - ΤΑΧ. ΚΩΔ. - ΠΟΛΗ	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	Να διαγραφεί το μη ισχύον---Α.Μ.Κ.Α :

Παρακαλώ, όπως στο υπάρχον ή το υπό έκδοση οικογενειακό βιβλιάριο ασθένειας συμπεριλάβετε και τους παραπλεύρως αναφερόμενους δηλώνοντας υπεύθυνα και εν γνώση των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι : α) Αποτελούν νόμιμα μέλη της οικογενείας μου β) Κανένα από τα μέλη αυτά δεν εργάζεται ή συνταξιοδοτείται και επομένως δεν δικαιούται περιθάλψεως από άλλο Ασφ/κό Οργανισμό ή το δημόσιο γ) Υποχρεούμαι να σας ειδοποιήσω εγκαίρως εάν σε κάποιο μέλος της οικογένειάς μου επέλθει οποιαδήποτε μεταβολή (γάμος, θάνατος, εργαστεί κλπ)	<input type="checkbox"/> ΣΥΖΥΓΟΣ
	ΟΝΟΜΑ ΗΜ. ΓΕΝΝ.

	<input type="checkbox"/> ΤΕΚΝΑ
	ΟΝΟΜΑ ΗΜ. ΓΕΝΝ.
	1
	2
	3
	4

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σεημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ- ΤΑΧ. ΚΩΔ.- ΠΟΛΗ	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ*

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ Ονοματεπ/μο : Υπογραφή : *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ Αριθμός..... Ημερομηνία Παραλαβής..... Συνημμένα..... Ημερ/νία:...../...../..... Ο / Η Αιτ.....και υπευθύνως δηλ.....
---	--