

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ**

Αρ. πρωτ. ....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ**

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΟΝΟΜΑ .....

ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ .....

ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ .....

Α.Φ.Μ. ....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....

.....

ΝΟΜΟΣ .....

ΔΗΜΟΤ. ΕΝΟΤΗΤΑ – ΚΟΙΝ. ....

.....

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ .....

.....

ΤΑΧ. ΚΩΔ. ....

ΤΗΛ. ....

E-MAIL .....

ΠΡΟΣ: Ο.Π.Ε.Κ.Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ

Παρακαλώ να ανανεώ-  
σετε την ασφαλιστική μου  
ικανότητα. Συνημμένα υπο-  
βάλλω τα απαιτούμενα δικαι-  
ολογητικά.

Ημερομηνία .....

Ο/ Η Αιτών/ούσα

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος τελευταίας φορολο-  
γικής δήλωσης που υπέβαλε ο αιτών στην αρμόδια Δ.Ο.Υ.
2. Υπεύθυνη δήλωση του αιτούντα ότι δεν είναι ασφαλισμένος και  
δεν έχει δικαίωμα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από άλλον ασφα-  
λιστικό φορέα, ελληνικό ή ξένο, πλην του Ο.Π.Ε.Κ.Α.
3. Φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας/Διαβατη-  
ρίου/Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς του αιτούντα.
4. Βεβαίωση Α.Μ.Κ.Α.
5. Βεβαίωση του Ηγουμενίου της Μονής ότι είναι εγγεγραμμένος στο  
μοναχολόγιο, θεωρημένη από τον οικείο Μητροπολίτη.