

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΠΟΣΟΥ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ 180.000  
ΕΥΡΩ ΓΙΑ ΤΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΤΟΣ .....

Αρ. Αίτησης: ..... (Για επίσημη χρήση μόνο)

ΜΕΡΟΣ Α: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΦΟΡΕΑ

Όνοματεπώνυμο εισφορέα:

Αριθμός ταυτότητας ή ARC:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Ηλεκτρονική διεύθυνση:

Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού στον οποίο θα επιστραφεί το ποσό εισφοράς που καταβλήθηκε για ποσό πέραν των 180.000 ευρώ σε περίπτωση έγκρισης του παρόντος αιτήματος:

IBAN:

Swift code:

**Να επισυναφθεί απαραίτητα βεβαίωση Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος ή αντιγράφου κατάστασης τραπεζικού λογαριασμού.**

ΜΕΡΟΣ Β: ΠΟΣΟ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ

Περιγραφή	Ποσό αποδοχών, συντάξεων, εισοδημάτων επί των οποίων καταβλήθηκε εισφορά (€)	Ποσό εισφοράς που καταβλήθηκε(€)
Αποδοχές Μισθωτού		
Αποδοχές Αυτοτελώς Εργαζομένου		
Αποδοχές Αξιωματούχου		
Συντάξεις		
Εισοδήματα		
Σύνολο		

ΜΕΡΟΣ Γ: ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με την υποβολή της αίτησης πρέπει απαραίτητα να επισυναφθούν τα πιο κάτω πιστοποιητικά/ δικαιολογητικά ανάλογα με την περίπτωση όπου ισχύουν. Τα πιστοποιητικά πρέπει να είναι πρωτότυπα, εκτός από εκείνα που αναφέρεται ότι γίνονται δεκτά και αντίγραφα.

Α/Α	Περιγραφή	Σημειώστε √ όπου ισχύει
1	Βεβαίωση από το Γενικό Λογιστήριο για αποδοχές μισθωτού που απασχολείται από τη Δημοκρατία	
2	Βεβαίωση από τον εργοδότη για αποδοχές μισθωτού που δεν απασχολείται από τη Δημοκρατία	
3	Βεβαίωση από τον Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναφορικά με εισφορά που καταβλήθηκε επί αποδοχών αυτοτελώς εργαζομένου μέχρι το ύψος των ασφαλιστέων αποδοχών	
4	Αντίγραφο της κατάστασης πληρωμών στο Τμήμα Φορολογίας για το συγκεκριμένο έτος το οποίο θα εξασφαλίζεται από την Κυβερνητική Διαδικτυακή δίοδο ασφαλείας (Αριάδνη) αναφορικά με εισφορά που καταβλήθηκε επί αποδοχών αυτοτελώς εργαζομένου πέραν του ύψους των ασφαλιστέων αποδοχών κατά την έννοια του περι Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου	
5	Βεβαίωση από το Γενικό Λογιστήριο, και για αποδοχές αξιωματούχου για την καταβολή των οποίων είναι υπεύθυνο φυσικό ή νομικό πρόσωπο,	
6	Αντίγραφο του εντύπου ΤΦ63 του Τμήματος Φορολογίας, ανάλογα με την περίπτωση, το οποίο εκδίδεται από τη Δημοκρατία ή το φυσικό ή νομικό πρόσωπο το οποίο είναι υπεύθυνο για την καταβολή σε αξιωματούχο των προβλεπόμενων από τον διορισμό του ή την εκλογή του αποδοχών.	
7	Βεβαίωση λήψης της εν λόγω παροχής το οποίο εξασφαλίζεται από την Κυβερνητική Διαδικτυακή δίοδο ασφαλείας (Αριάδνη) στην περίπτωση σύνταξης από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή κοινωνική σύνταξη από το Πάγιο Ταμείο.	
8	Βεβαίωση από το Γενικό Λογιστήριο στην περίπτωση σύνταξης από το Πάγιο Ταμείο εκτός της κοινωνικής σύνταξης	
9	Αντίγραφο του εντύπου ΤΦ63 του Τμήματος Φορολογίας, το οποίο εκδίδεται από το φυσικό ή νομικό πρόσωπο ή Ταμείο που παρέχει τη σύνταξη	

10	Αντίγραφο της μερισματαπόδειξης	
11	Βεβαίωση η οποία εκδίδεται από το πρόσωπο το οποίο καταβάλλει τόκους	
12	Αντίγραφο του εντύπου Ε. Πρ. 614 απ του Τμήματος Φορολογίας, το οποίο εκδίδεται από το νομικό πρόσωπο που καταβάλλει το ενοίκιο	
13	Βεβαίωση από το Τμήμα Φορολογίας για το ποσό της παρακράτησης σε εισοδήματος σε μη φορολογικό κάτοικο της Δημοκρατίας από υπηρεσίες που εμπίπτουν σε παρακράτηση φόρου εισοδήματος στην πηγή με βάση το άρθρο 24 του περί Φορολογίας του Εισοδήματος Νόμου	
14	Αντίγραφο της κατάστασης πληρωμών στο Τμήμα Φορολογίας για το συγκεκριμένο έτος το οποίο εξασφαλίζεται από την Κυβερνητική Διαδικτυακή δίοδο ασφαλείας (Αριάδνη) στην περίπτωση εισφοράς επί εισοδήματος που καταβάλλεται στο Τμήμα φορολογίας μέσω προσωρινής φορολογίας ή/και αυτοφορολογίας.	

**ΜΕΡΟΣ Δ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Υπογράφοντας πιο κάτω, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή/και συναφθεί στο παρόν έντυπο είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς. Περαιτέρω αναλαμβάνω να πληροφορήσω άμεσα τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας αν οποιαδήποτε από τα πιο πάνω στοιχεία αλλάξουν ή παύσουν να είναι ακριβή ή/και αληθή και να εφοδιάσω τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με έγγραφα που υποστηρίζουν τις εν λόγω αλλαγές.

-----

Όνοματεπώνυμο

-----

Αρ. Ταυτότητας

-----

Υπογραφή

-----

Ημερομηνία

**ΜΕΡΟΣ Ε: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Παρακαλώ ενημερωθείτε σχετικά στο Παράρτημα Ι του παρόντος Εντύπου.

**ΜΕΡΟΣ ΣΤ: ΟΔΗΓΙΕΣ**

Η αίτηση θα πρέπει να υπογραφεί από τον αιτητή πριν υποβληθεί.

Διαβάστε το Παράρτημα που αφορά στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων

Το υπογεγραμμένο έντυπο αίτησης θα πρέπει να παραδοθεί δια χειρός από τον αιτητή ή να παραδοθεί μέσω εταιρείας ταχυμεταφορών στο Αρχείο του ΟΑΥ από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή (πλην δημοσίων αργιών) μεταξύ των ωρών 8:30 – 14:30 στη διεύθυνση: Κλήμεντος 17 & 19, 4<sup>ος</sup> όροφος, 1061 Λευκωσία έναντι απόδειξης παραλαβής με σφραγίδα που θα περιλαμβάνει την ημερομηνία και ώρα παραλαβής.

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΠΟΣΟΥ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΠΕΡΑΝ ΤΟΥ ΜΕΓΙΣΤΟΥ ΠΟΣΟΥ ΕΙΣΦΟΡΩΝ (180.000 ΕΥΡΩ)

(α) Να συμπληρωθεί από τον αιτητή:

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Ταυτότητας: .....

(β) Να συμπληρωθεί από τον παραλήπτη:

Ημερομηνία παραλαβής: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη: .....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα προσωπικά στοιχεία τα οποία υποβάλλετε με το παρόν έντυπο θα απολαμβάνουν την προστασία που προβλέπει ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων της ΕΕ 2016/679 και η εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως εκάστοτε τροποποιούνται.

Τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα θα τύχουν επεξεργασίας μόνο για σκοπούς εκτέλεσης των συμβατικών/ διοικητικών υποχρεώσεων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας έναντι του ατόμου σας αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεσή τους.

Τα δεδομένα σας θα διαγραφούν από τα αρχεία του Οργανισμού εντός έξι μηνών από την ημερομηνία λήξης των πιο πάνω υποχρεώσεων, εκτός εάν ασκηθεί οποιαδήποτε νομική διοικητική διαδικασία/προσφυγή σε οποία περίπτωση, τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν στα αρχεία μας μέχρι την λήξη των οποιονδήποτε σχετικών διοικητικών ή/και νομικών διαδικασιών.

Κατά το διάστημα που ο ΟΑΥ φυλάσσει και/ή επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, διατηρείτε τα πιο κάτω δικαιώματα:

- α) πρόσβασης
- β) διόρθωσης ή τροποποίησης

Η Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας είναι αναρτημένη στον ιστότοπο του Οργανισμού στη διεύθυνση:

[www.gesy.org.cy/dataprotection](http://www.gesy.org.cy/dataprotection) και μπορείτε να απευθύνετε οποιοδήποτε σχετικό ερώτημα/αίτημά σας στην Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων στις πιο κάτω διευθύνσεις:

Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων, ΟΑΥ, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία ή [dataprotection@hio.org.cy](mailto:dataprotection@hio.org.cy)