

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΕΠΙ ΠΟΣΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, Η ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΘΗΚΕ ΚΑΙ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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 αχρεωστήτως στο Ταμείο 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 ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ

Με την παρούσα αίτηση αιτούμαι όπως μου επιστραφεί η **εισφορά επί ποσού σύνταξης από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή κοινωνικής σύνταξης**, η οποία παρακρατήθηκε και καταβλήθηκε αχρεωστήτως στο Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, για τον ακόλουθο λόγο: **(Παρακαλώ σημειώστε ✓ στο αντίστοιχο κουτί ανάλογα με την περίπτωση)**

(α) εισφορά που καταβλήθηκε χωρίς να υπάρχει υποχρέωση βάσει των Ευρωπαϊκών Κανονισμών 883/2004 και 987/2009 για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας των Κρατών Μελών της ΕΕ, του ΕΟΧ και της Ελβετίας, από συνταξιούχους για τους οποίους το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε βεβαίωση εξαίρεσης από την υποχρέωση καταβολής εισφορών στο ΓεΣΥ.

(β) εισφορά που καταβλήθηκε χωρίς να υπάρχει υποχρέωση από συνταξιούχους που είναι μη φορολογικοί κάτοικοι Κύπρου.

Περιγραφή	Ποσό σύνταξης επί του οποίου καταβλήθηκε εισφορά αχρεωστήτως (€)	Ποσό αχρεωστήτως καταβληθείσας εισφοράς ΓεΣΥ(€)
Σύνταξη απο το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή κοινωνική σύνταξη		

ΜΕΡΟΣ Γ: ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

A/A	Περιγραφή	Σημειώστε √ όπου ισχύει
1	Βεβαίωση λήψης της εν λόγω παροχής ((σύνταξης από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή κοινωνικής σύνταξης), το οποίο εξασφαλίζεται από την Κυβερνητική Διαδικτυακή δίοδο ασφαλείας (Αριάδνη) (για όλες τις αιτήσεις)	
2	Βεβαίωση εξαίρεσης από την υποχρέωση καταβολής εισφοράς στο ΓεΣΥ που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας (για τις περιπτώσεις της υποπαραγράφου (α) του Μέρους Β)	
3	Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης για το έτος που αφορούν οι αχρεωστήτως καταβληθείσες εισφορές (για τις περιπτώσεις της υποπαραγράφου (β) του Μέρους Β)	

ΜΕΡΟΣ Δ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Υπογράφοντας πιο κάτω, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή/και επισυναφθεί 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.

 Ονοματεπώνυμο

 Αρ. Ταυτότητας

 Υπογραφή

 Ημερομηνία

ΜΕΡΟΣ Ε: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Παρακαλώ ενημερωθείτε σχετικά στο Παράρτημα Ι του παρόντος Εντύπου.

ΜΕΡΟΣ ΣΤ: ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση θα πρέπει να υπογραφεί από τον αιτητή πριν υποβληθεί.
2. Διαβάστε το Παράρτημα που αφορά στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων
3. Το υπογεγραμμένο έντυπο αίτησης θα πρέπει να παραδοθεί δια χειρός από τον αιτητή ή από εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο του 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^{ος} όροφος, 1061 Λευκωσία έναντι απόδειξης παραλαβής με σφραγίδα που θα περιλαμβάνει την ημερομηνία και ώρα παραλαβής, ή με συστημένη επιστολή στη πιο πάνω διεύθυνση.

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΠΟΣΟΥ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΕΠΙ
ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΟΥ
ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ

(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 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