**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ-ΕΚΑΑ**

Επώνυμο:………

Oνομα:

Oνομα Πατέρα:………

Oνομα Μητέρας:

Ημερομηνία Γέννησης:……….

ΑΦΜ……..

ΑΜΚΑ……

ΜΑΙL…….

Aριθμός Μητρώου Φοίτησης:

Τμήμα:

α’ ή β’ ή γ’ κύκλος σπουδών:

Kινητό τηλέφωνο:

Διεύθυνση κατοικίας, TK:

Αριθμός ταυτότητας, ημερομηνία έκδοσης:

Υπάρχει άλλη ασφάλιση, ακριβής προσδιορισμός άλλης ασφάλισης:

Πρώτη Έκδοση κάρτας ή απώλεια ή επανέκδοση μετά τη λήξη ισχύος:

**Αιτία υποβολής αίτησης για έκδοση κάρτας:**

**Χρονικό διάστημα ισχύος της κάρτας:**

Ο Αιτών/Η αιτούσα

**Παρακαλώ καταθέστε οπωσδήποτε στο Τμήμα --α. βεβαίωση σπουδών του έτους έκδοσης της κάρτας ασφάλισης, --β. φωτοτυπία της ταυτότητας και --γ. την έγκριση του Πανεπιστημίου στην χώρα που θα μετακινηθείτε.**

Τα κάτωθι συμπληρώνονται από το Τμήμα Σπουδών και Φοιτητικής Μέριμνας

ΛΟΓΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΑΑ:

ΛΗΞΗ ΙΣΧΥΟΣ ΚΑΡΤΑΣ: