



---

## ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

---

22 Ιουλίου 2020

**ΠΡΟΣ:** Όλα τα Μέλη  
**ΘΕΜΑ:** Ιατροφαρμακευτική κάλυψη για Υψηκούς Τρίτων Χωρών Δικαιούχων του ΓεΣΥ

Αγαπητά Μέλη,

1. Σε σχέση με το πιο πάνω θέμα σας ενημερώνουμε ότι από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2020 με την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ **δεν απαιτείται** η προσκόμιση ιδιωτικής ασφάλειας υγείας για την υποβολή αίτησης για παραχώρηση προσωρινής άδειας παραμονής. Απαιτείται ωστόσο η προσκόμιση **ενός εκ των πιο κάτω**:
  - Της ηλεκτρονικής ειδοποίησης με τίτλο: "GHS – Αίτημα Εγγραφής σε Προσωπικό Ιατρό / Registration request to Personal Doctor", που λαμβάνουν οι δικαιούχοι μετά από την ολοκλήρωση της εγγραφής τους στο ΓεΣΥ. Η ειδοποίηση αποστέλλεται στο λογαριασμό στην Πύλη Δικαιούχων και στο email του χρήστη που έχει υποβάλει το αίτημα εγγραφής στο ΓεΣΥ. **(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)**.  
**Ή**
  - Του εντύπου «Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού» το οποίο υπογράφεται στο ιατρείο του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) από τον ΠΙ και τον Δικαιούχο αφού ολοκληρωθεί η εγγραφή του στο ΓεΣΥ (ελληνικά και αγγλικά). **(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)**.
2. Περαιτέρω σημειώνεται ότι το Υπουργικό Συμβούλιο έχει εγκρίνει την κάλυψη του κόστους για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας προς ΥΤΧ που εισέρχονται στη Δημοκρατία με σκοπό την απασχόληση, για το διάστημα που απαιτείται να διευθετηθεί η άδεια διαμονής τους.
3. Διευκρινίζεται ότι επιπρόσθετα με την προσκόμιση βεβαίωσης εγγραφής στον προσωπικό γιατρό του ΓεΣΥ θα πρέπει να υποβάλλεται και ιδιωτική ασφάλεια για κάλυψη εξόδων μεταφοράς σορού ως επίσης και για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που δεν θα καλύπτει το ΓεΣΥ.

4. Βάσει του Άρθρου 16 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου του 2001 89(I)2001, πολίτες τρίτης χώρας δικαιούχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είναι όσοι έχουν τη συνήθη διαμονή τους στις ελεγχόμενες από την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας περιοχές, και οι οποίοι:

- (α) Έχουν αποκτήσει νόμιμα το δικαίωμα μόνιμης διαμονής τους στις ελεγχόμενες από την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας περιοχές δυνάμει των διατάξεων του περί Αλλοδαπών και Μεταναστεύσεων Νόμου.
- (β) Έχουν αποκτήσει νόμιμα δικαίωμα ίσης μεταχείρισης στους κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης δυνάμει των διατάξεων του περί Αλλοδαπών και Μεταναστεύσεων Νόμου.
- (γ) Είναι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες ή πρόσωπα με καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας που παραχωρείται δυνάμει των διατάξεων του περί Προσφύγων Νόμου.
- (δ) Κάθε πρόσωπο το οποίο είναι μέλος της οικογένειας των προσώπων που καθορίζονται στην παράγραφο (α) και έχουν αποκτήσει νόμιμα το δικαίωμα μόνιμης διαμονής στις ελεγχόμενες από την Δημοκρατία περιοχές δυνάμει των διατάξεων του περί Αλλοδαπών και Μεταναστεύσεων Νόμου.
- (ε) Κάθε πρόσωπο το οποίο είναι μέλος της οικογένειας των προσώπων που καθορίζονται στην παράγραφο (β).

«Μέλος της οικογένειας» σημαίνει:

- i. το/τη σύζυγο δικαιούχου,
- ii. τα τέκνα δικαιούχου ηλικίας κάτω των 21 ετών, και
- iii. τα τέκνα δικαιούχου ηλικίας άνω των 21 ετών τα οποία είναι συντηρούμενα από αυτόν ή τον/τη σύζυγό του.

5. Από την απαίτηση της ιδιωτικής ασφάλισης για εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας, καθώς και για την κάλυψη εξόδων μεταφοράς σορού, **εξαιρούνται** όσοι είναι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες ή πρόσωπα με καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας που παραχωρείται δυνάμει των διατάξεων του περί Προσφύγων Νόμου, καθώς επίσης και τα μέλη των οικογενειών τους.

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλείστε όπως επικοινωνήσετε με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) στο τηλ.: 17000.

Με εκτίμηση

Μάριος Τσιακκής  
Γενικός Γραμματέας

Αγαπητέ/ή .....

Σας ενημερώνουμε ότι το αίτημα για εγγραφή του/της κυρίου/κυρίας .....  
(Αρ. εγγράφου ταυτοποίησης: .....) στον κατάλογο δικαιούχων του/της Δρ.  
....., που έχει υποβληθεί την ....., έχει γίνει αποδεχτό την  
.....

Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία εγγραφής, παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με το/τη  
..... (αρ. τηλεφώνου γραφείου: .....) για να ορίσετε την  
πρώτη επίσκεψη. Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης, ο/η Δρ. ....  
θα επικυρώσει το έγγραφο ταυτοποίησης του/της ....., θα καταγράψει το  
ιστορικό της υγείας του/της και θα υπογραφεί το έντυπο «Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο  
Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού» και από τα δύο μέρη.

Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να παρουσιάζετε τα έγγραφα ταυτοποίησης σας κάθε φορά που  
επισκέπτεστε παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε όπως επισκεφτείτε την ενότητα Συχνές Ερωτήσεις της  
Πύλης Δικαιούχων.

Στην περίπτωση που προκύπτει ανάγκη για περαιτέρω διευκρινίσεις παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε  
με το Κέντρο Εξυπηρέτησης ΓεΣΥ:

Τηλ.: 17000, κλήσεις εξωτερικού: +357-22017000

Ηλ. ταχυδρομείο: [info@gesy.org.cy](mailto:info@gesy.org.cy)

Ιστοσελίδα: <https://www.gesy.org.cy>

Πύλη Δικαιούχων: Ενότητα Ερωτήματα και Παράπονα

Διεύθυνση Διαχείρισης Δικαιούχων ΓεΣΥ

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ταχ. Θυρίδα 26765

1641 Λευκωσία, Κύπρος

#### ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Το περιεχόμενο της πιο πάνω ηλεκτρονικής επικοινωνίας και τυχόν συνημμένα με αυτήν είναι  
εμπιστευτικά και περιέχουν πληροφορίες από το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ). Προορίζονται μόνο για  
τον παραλήπτη.

Εάν την έχετε λάβει κατά λάθος, ενημερώστε αμέσως τον διαχειριστή του συστήματος ΓεΣΥ στο  
[administrator@gesy.org.cy](mailto:administrator@gesy.org.cy). Μην δημιουργήσετε αντίγραφα ή αποκαλύψετε το περιεχόμενό της σε  
κανέναν.

Λάβετε υπόψη ότι αν δεν είστε ο παραλήπτης της πιο πάνω ηλεκτρονικής επικοινωνίας, απαγορεύεται  
οποιαδήποτε αποκάλυψη, αντιγραφή, διανομή ή χρήση του περιεχομένου της.

-----

## APPENDIX I

Dear .....

Please be informed that your request to register Mr/Ms ..... (Identification document no.: ..... ) to Dr. .... beneficiary list, submitted on ....., has been accepted on .....

In order to complete the registration procedure, please contact Dr. .... (work phone no: ..... ) to arrange a first visit. During the first visit Dr. .... will validate ..... identification documents, record his/her health history and both parties will sign the Confirmation of Beneficiary Registration to a Personal Doctor Beneficiary List Form.

For more information, please visit the FAQ section in the Beneficiary Portal.

Should you require further clarifications, please contact the GHS Contact Centre:

Tel: 17000, calling from abroad: +357-22017000

Email: [info@gesy.org.cy](mailto:info@gesy.org.cy)

Website: <https://www.gesy.org.cy>

Beneficiary Portal: Queries and Complaints Section

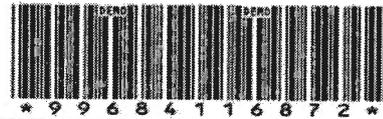
GHS Beneficiary Management Department  
Health Insurance Organisation  
P.O. Box 26765



Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ)

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

**Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο  
Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού**



**Στοιχεία Δικαιούχου**

Επίθετο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Αρ. Δ.Τ. ή ARC (ΔΕΑ): \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Αρ. κινητού τηλ.: \_\_\_\_\_ Αρ. τηλ. οικίας: \_\_\_\_\_

Ηλ. ταχυδρομείο: \_\_\_\_\_ Αρ. τηλ. εργασίας: \_\_\_\_\_

**Προσωπικός Ιατρός**

Επίθετο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Κωδικός ΓεΣΥ: \_\_\_\_\_ Τηλ. εργασίας: \_\_\_\_\_

**Δήλωση Δικαιούχου/Γονέα του Δικαιούχου/Κηδεμόνα του Δικαιούχου**

Εγώ, ο/η \_\_\_\_\_

με αριθμό δελτίου ταυτότητας / ARC (ΔΕΑ) \_\_\_\_\_ δηλώνω ότι,

- A.** Επιθυμώ και αποδέχομαι να εγγραφώ ως Δικαιούχος στον Κατάλογο Δικαιούχων του πιο πάνω Προσωπικού Ιατρού ή Επιθυμώ και αποδέχομαι να εγγράψω το Δικαιούχο εκ μέρους του οποίου διατελώ ως Γονέας / Κηδεμόνας / Πληρεξούσιος Αντιπρόσωπος (κυκλώστε ανάλογα) στον Κατάλογο Δικαιούχων του πιο πάνω Προσωπικού Ιατρού.
- B.** Όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει στον ΟΑΥ, συμπεριλαμβανομένων των πιο πάνω, είναι ορθές, πλήρεις και αληθείς και αποδέχομαι να παρέχω οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μου ζητηθεί από τον ΟΑΥ για τους πιο πάνω σκοπούς.
- C.** Καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα και μπορεί να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα εναντίον μου.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Υπεύθυνη Δήλωση Προσωπικού Ιατρού**

Εγώ, ο / η \_\_\_\_\_

επιβεβαιώνω ότι δέχομαι να εγγραφεί ο πιο πάνω Δικαιούχος στον Κατάλογο Δικαιούχων μου.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΥΠΟΓΡΑΦΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ (να σημειωθεί με το σήμα '✓' το ανάλογο κουτί βάσει του αποδεικτικού που προσκομείται)**

- Στην περίπτωση Γονέα - Πιστοποιητικό Γεννήσεως Τέκνου
- Στην περίπτωση Κηδεμόνα - Πιστό Αντίγραφο Δικαστικού Διατάγματος ή άλλο αποδεικτικό έγγραφο αναλόγως της περίπτωσης
- Στην περίπτωση Πληρεξούσιου Αντιπρόσωπου - Αντίγραφο Πιστοποιημένου Πληρεξούσιου μεταξύ Υπογράφοντος και Δικαιούχου



**Confirmation of Beneficiary Registration  
to a Personal Doctor Beneficiary List**



**Beneficiary's Details**

Surname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 ID No or ARC No: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Mobile Phone No.: \_\_\_\_\_ Home Phone No.: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Office Phone No.: \_\_\_\_\_

**Personal Doctor**

Surname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 GHS Code: \_\_\_\_\_ Work Phone No.: \_\_\_\_\_

**The Beneficiary's/The Beneficiary's Parent/The Beneficiary's Guardian Declaration**

I, \_\_\_\_\_  
 with ID No / ARC No \_\_\_\_\_  
 declare that I

- A.** wish and accept to register as a Beneficiary in the Beneficiary List of the aforementioned Personal Doctor OR wish and accept to register the Beneficiary in the Beneficiary List of the aforementioned Personal Doctor, in my capacity as a Parent/Guardian/ Proxy (circle as applicable)
- B.** all the information I have submitted to HIO, including the above is correct, complete and true and I accept to provide any further information required by the HIO in relation with the above mentioned purposes
- C.** understand that false or inaccurate statements constitute a criminal offence and appropriate action may be taken against me.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**The Personal Doctor's Declaration**

I, \_\_\_\_\_  
 hereby confirm that I accept the above Beneficiary to register to my Beneficiary List.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SUPPORTING DOCUMENTS IN THE CASE THE SIGNEE IS NOT THE BENEFICIARY (mark with '√' the respective document submitted)**

- In case of Parent – Child Birth Certificate
- In case of Guardian – Certified copy of Court Order or other proof depending on the case
- In the case of Proxy – Copy of certified proxy between the signee and the Beneficiary