



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΩΝ ΚΑΙ ΛΙΜΕΝΙΚΩΝ
(Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ. - Ν.Π.Ι.Δ.)

Α.Γ.Μ.Σ.:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

Βερανζέρου 30, 104 32 – Αθήνα
Τηλ. 210 5202638 – Φαξ. 210 5248397

Ιστοσελίδα: www.teaapl.gr  e-mail: info@teaapl.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΦΑΠΑΞ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ



Στοιχεία μέλους

[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Αριθμός ταυτότητας	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.	Α.Μ.Κ.Α.
[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Επώνυμο	Όνομα		
[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Πατρώνυμο	Μητρώνυμο	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)	
[_____]] - Νομός _____		
Υπηρσία			
[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)			

Στοιχεία Αιτούντος

Επώνυμο:	Όνομα:	
Πατρώνυμο:	Μητρώνυμο:	
Ημερ/νία γέννησης:	Σχέση με το μέλος:	
Α.Φ.Μ.:	Α.Δ.Τ.:	Α.Μ.Κ.Α.:
Τηλέφωνο:	e-mail:	
Διεύθυνση:		
Τράπεζα: _____	IBAN: _____	

Είδος Αιτήματος:

Χορήγηση εφάπαξ παροχής λόγω θανάτου μέλους και την απόδοση της ατομικής του μερίδας του εκλιπόντος. (Άρθρα 36 & 37 του Καταστατικού)

Ημερομηνία Λήψης:	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Αποτέλεσμα:	

Τόπος, υπογραφή δικαιούχου

Ημερομηνία (Ονοματεπώνυμο)

Για το Δ.Σ.

Ο Πρόεδρος Ο Γενικός Γραμματέας Ο Ταμίας

Αντιπρόσωπος Νομού _____

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Συνημμένα δικαιολογητικά:

1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου
2. Πιστοποιητικό πλησιέστερων συγγενών
3. Πιστοποιητικό δημοσίευσης ή μη διαθήκης του αποβιώσαντος
4. Υπηρεσιακό σημείωμα ότι το μέλος ήταν στην ενέργεια
5. Πιστοποιητικό μη αποποίησης κληρονομιάς
6. Πιστοποιητικό μη προσβολής του κληρονομικού δικαιώματος
7. Φ/Ο 1^{ης} σελίδας βιβλιαρίου καταθέσεων