



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

Βερανζέρου 30, 104 32 – Αθήνα
Τηλ. 210 5202 638 – Φαξ. 210 5203 270

Ιστοσελίδα: www.teaapl.gr



e-mail: info@teaapl.gr

Α.Γ.Μ.Σ:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΛΟΓΩ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Στοιχεία μέλους

[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Αριθμός ταυτότητας	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.	Α.Μ.Κ.Α.
[_____]		[_____]	
Επώνυμο		Όνομα	
[_____]	[_____]	[_____]	
Πατρώνυμο	Μητρώνυμο	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)	
[_____] - Νομός _____			
Υπηρεσία			
[_____ , _____ , _____ , _____]			
Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)			
[_____]	[_____]	[_____]	e-mail: _____
Τηλέφωνα Υπηρεσίας	Οικίας	Κινητό	
Τράπεζα: _____		IBAN: _____	

Είδος Αιτήματος:

Χορήγηση αποζημίωσης λόγω μακροχρόνιας νοσοκομειακής περίθαλψης

Συνημμένα δικαιολογητικά:

- ☐ Βεβαίωση Νοσοκομείου ή Κλινικής που να προκύπτει ο ακριβής χρόνος νοσηλείας (ημερομηνία εισαγωγής ή ημερομηνία εξαγωγής) καθώς και αιτία νοσηλείας.
- ☐ Φ/Ο 1ης σελίδας προσωπικού τραπεζικού λογαριασμού όπου αναγράφονται τα στοιχεία του δικαιούχου.

Ημερομηνία Λήψης:	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Δικαιούμενες μέρες:	

Για το Δ.Σ.

Ο Πρόεδρος Ο Γενικός Γραμματέας Ο Ταμίας

Τόπος, υπογραφή δικαιούχου

Ημερομηνία (Ονοματεπώνυμο)

Αντιπρόσωπος Νομού _____

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή