



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

Α.Γ.Μ.Σ:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

Ιστοσελίδα: www.teaapl.gr



e-mail: info@teaapl.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΛΟΥΣ

Στοιχεία μέλους

[_____] Αριθμός ταυτότητας	[____] Φύλο Α=Ανδρας, Γ=Γυναίκα	[_____] Φορέας: ΕΑ=Ελ. Αστ., ΕΦ=Ειδ. Φρουρός, ΣΦ=Συν. Φύλακας, ΠΥΕΑ=Πολ. Υπαλ. Ελ.ΑΣ, ΠΣ=Πυροσβεστικό Σώμα, ΠΣ5=Πυροσβ. 5ετούς, ΠΥΠΣ=Πολ. Υπαλ. Πυρ. Σ., ΛΣ=Λιμενικό Σώμα, ΠΥΛΣ=Πολ. Υπαλ. Λιμ. Σωμ.
[_____] Επώνυμο	[_____] Όνομα	
[_____] Πατρώνυμο	[_____] Μητρώνυμο	[_____] Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)
[_____] Υπηρεσία	[_____] Διεύθυνση Υπηρεσίας Οδός, Αριθμός – Πόλη	
[_____] Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)		
[_____] Α.Φ.Μ.	[_____] Αρμόδια Δ.Ο.Υ.	
[_____] Τηλέφωνα Υπηρεσίας	[_____] Οικίας	[_____] Κινητό
[_____] Ημερομηνία κατάταξης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕ) <u>ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ</u>		e-mail: _____
Α.Μ.Κ.Α.: _____		

Στοιχεία Δικαιούχων

1. [_____] Α.Δ.Τ. ή Α.Φ.Μ.	[_____] Ονοματεπώνυμο	[_____] Σχέση
2. [_____] Α.Δ.Τ. ή Α.Φ.Μ.	[_____] Ονοματεπώνυμο	[_____] Σχέση
3. [_____] Α.Δ.Τ. ή Α.Φ.Μ.	[_____] Ονοματεπώνυμο	[_____] Σχέση
4. [_____] Α.Δ.Τ. ή Α.Φ.Μ.	[_____] Ονοματεπώνυμο	[_____] Σχέση
5. [_____] Α.Δ.Τ. ή Α.Φ.Μ.	[_____] Ονοματεπώνυμο	[_____] Σχέση

Ημ. Λήψης:
Ημ. Δ.Σ. :
Ημ. Καταχ. :

Αντιπρόσωπος Νομού _____
Ονοματεπώνυμο Υπογραφή

Τόπος

Υπογραφή μέλους

Με την παρούσα δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των καταστατικών διατάξεων του Τ.Ε.Α.Α.Π.Α. και επιθυμώ να ενημερώσω το Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Αστυνομικών Πυροσβεστών και Λιμενικών ότι από τη λήψη της, δικαιούχοι και νόμιμοι κληρονόμοι μου στο εξής θα είναι τα πρόσωπα που αναφέρονται στο πεδίο Δικαιούχοι.

Αποδέχομαι, η μηνιαία εισφορά και οι λοιπές οικονομικές μου υποχρεώσεις απέναντι στο Ταμείο, να παρακρατούνται από τις μηνιαίες αποδοχές μου, μέσω της μισθοδοσίας μου.

Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και την πολιτική προστασίας τους που εφαρμόζει το Ταμείο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ Τ.Ε.Α.Α.Π.Α.

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Α.Α.Π.Α.

Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων της αίτησης ένταξης απογραφικού δελτίου, είναι το Τ.Ε.Α.Α.Π.Α., που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Βερανζέρου 30, Τ.Κ. 104 32.

Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι ή ένταξη των αιτούντων στην ασφάλιση του Ταμείου, σύμφωνα με τα σχετικά του Καταστατικού του Ταμείου, χωρίς τα οποία δεν δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί.

Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι το Τ.Ε.Α.Α.Π.Α. καθώς και η εταιρεία που έχει αναλάβει τη διαχείριση της λειτουργίας στο Τ.Ε.Α.Α.Π.Α.

Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για τα δεδομένα που τους αφορούν των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ:

Στο πεδίο Φύλο [__]	τίθεται Α για άνδρα, Γ για γυναίκα
Στο πεδίο Φορέας [__]	τίθεται ΕΑ στους Αστυνομικούς τίθεται ΕΦ στους Ειδικούς Φρουρούς τίθεται ΣΦ στους Συνοριακούς Φύλακες τίθεται ΠΥΕΑ στους Πολιτικούς Υπαλλήλους ΕΛ.ΑΣ. τίθεται ΠΣ στους Πυροσβέστες τίθεται ΠΣ5 στους Πυροσβέστες 5ετούς υποχρέωσης τίθεται ΠΥΠΣ στους Πολιτικούς Υπαλλήλους Πυρ. Σώματος τίθεται ΛΣ στους Λιμενικούς τίθεται ΠΥΛΣ στους Πολιτικούς Υπαλλήλους Λιμεν. Σώματος
Στο πεδίο Εισφορά [__,.__]	Επιλέγεται ποσό 30 € έως 500 €
Στο πεδίο Δικαιούχοι [__]	Συμπληρώνουμε τον Α.Δ.Τ. ή τον Α.Φ.Μ., Ονοματεπώνυμο και Σχέση του δικαιούχου με τον ασφαλισμένο (π.χ. σύζυγος ή τέκνο ή γονέας κλπ). Σε περίπτωση που επιθυμούμε τους νόμιμους κληρονόμους (βάσει του Α.Κ.) συμπληρώνουμε στο πεδίο Ονοματεπώνυμο τη φράση: « Νόμιμοι Κληρονόμοι »



Συμπληρώνονται από το Τ.Ε.Α.Α.Π.Α.

Αριθμός μέλους Τ.Ε.Α.Α.Π.Α.	
Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Ημερομηνία καταχώρησης	

Υπογραφή μέλους