



**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ  
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΩΝ ΚΑΙ ΛΙΜΕΝΙΚΩΝ  
(Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ. - Ν.Π.Ι.Δ.)**  
Βερανζέρου 30, 104 32 – Αθήνα  
Τηλ. 210 5202638 – Φαξ. 210 5203270

**Α.Γ.Μ.Σ:**

**Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:**

**Ιστοσελίδα:** [www.teaapl.gr](http://www.teaapl.gr)



**e-mail:** [info@teaapl.gr](mailto:info@teaapl.gr)

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

### Στοιχεία μέλους

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

Παρακαλώ να με διαγράψετε από μέλος του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης Αστυνομικών, Πυροσβεστών και Λιμενικών και να μου αποδώσετε το ποσό της Ατομικής μου Μερίδας από τον Κλάδο Εφάπαξ.

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των Καταστατικών διατάξεων του Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ.

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

### Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :

- Φ/Ο 1<sup>ης</sup> σελίδας προσωπικού τραπεζικού λογαριασμού όπου αναγράφονται τα στοιχεία του δικαιούχου
- Απόφαση αποστρατείας (για τους απόστρατους)



Συμπληρώνονται από το Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ.

Τόπος, Ημερομηνία

υπογραφή μέλους

Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Ημερομηνία καταχώρησης	
Ημερομηνία Εγγραφής στο Ταμείο	
Ποσό μεταφοράς από ΛΑΜΔΕΑ	

Αντιπρόσωπος Νομού _____
Ονοματεπώνυμο _____ Υπογραφή _____

/ /202

**Για το Δ.Σ.**

Ο  
Πρόεδρος

Ο  
Γενικός Γραμματέας

Ο  
Ταμίας