



# ΤΕΑΑΠΛ

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ - ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΩΝ - ΛΙΜΕΝΙΚΩΝ

Α.Γ.Μ. :

## ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΥΨΟΥΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ ΜΕΛΟΥΣ

### Στοιχεία ασφαλισμένου μέλους

Αρ. Μητρώου/Μισθοδοσίας:

Φορέας:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Α.Φ.Μ.:

Διεύθυνση κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Υπηρεσία:

### Στοιχεία εισφοράς

Παρακαλώ να μεταβληθεί το ποσό της μηνιαίας εισφοράς μου ως εξής:

Από [ \_\_\_\_ ,00 € ] σε [ \_\_\_\_ ,00 € ] ( \_\_\_\_\_ ευρώ)]

Μηνιαία Εισφορά 30 € έως 500 € (άρθρο 23 του Καταστατικού)

✓ Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) Αποδέχομαι την Πολιτική Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Ταμείου και συναινώ στην επεξεργασία, σύμφωνα με αυτήν.

β) Οι εισφορές μου σε ΤΕΑ δεν υπερβαίνουν ετησίως και σωρευτικά το 20% του ακαθάριστου εισοδήματός μου από τη μισθωτή εργασία μου.

Ημερομηνία Υποβολής: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_

Τόπος: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_→

### Συμπληρώνεται από το Ταμείο

Α.Μ. Ταμείου :

Αριθμός Πρωτοκόλλου :

Ημερομηνία Λήψης :

Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ. :

Μήνας εφαρμογής :

Παρατηρήσεις :