



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ
(Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α. - Ν.Π.Ι.Δ.)
Ικτίνου 2, 105 52 - Αθήνα
Τηλ. 210 5227 330 – Φαξ. 210 5248 397

E-Mail: teatdea@ipa-gr.gr

Αίτηση εγγραφής μέλους – Απογραφικό δελτίο

Στοιχεία μέλους

[] [] []
Α.Γ.Μ.Σ. Φύλο Α=Ανδρας, Γ=Γυναίκα Φορέας ΕΑ=Ελλ. Αστ., ΕΦ=Ευδ. Φρουρός, ΣΦ=Συν. Φύλακας, ΠΥ=Πολ. Υπάλλ.

[] []
Επώνυμο Όνομα

[] []
Πατρώνυμο Ημερ. γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)

[] []
Υπηρεσία ή ΤΔ Διεύθυνση, Αριθμός & Πόλη

[]
Διεύθυνση διαμονής (Οδός & Αριθμός)

[] - [] - []
Διεύθυνση διαμονής (ΓΚ, Πόλη, Νομός)

[] []
Α.Φ.Μ. Αρμόδια Δ.Ο.Υ.

[] [] []
Τηλέφωνα υπηρεσίας, οικίας, κινητό

[]
Ημερ. κατάταξης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)

Στοιχεία εισφορών

[20,00 €]

Δικαίωμα εγγραφής σύμφωνα με το άρθρο 00 του Καταστατικού (20 € υποχρεωτικά)

[4,5 € (τέσσερα ευρώ και πενήντα λεπτά)]

Εισφορά κλάδου Αλληλεγγύης σύμφωνα με το άρθρο 00 του Καταστατικού (υποχρεωτικά περιέχεται στο ποσό μηνιαίας εισφοράς)

[],00 € (.....)]

Εισφορά κλάδου Εφ Απαξ σύμφωνα με το άρθρο 00 του Καταστατικού (30 €- 100 €κατ' επιλογή σας)

Στοιχεία Δικαιούχων

1. [] [] []
Α.Δ.Τ. Ονοματεπώνυμο Σχέση

2. [] [] []
Α.Δ.Τ. Ονοματεπώνυμο Σχέση

3. [] [] []
Α.Δ.Τ. Ονοματεπώνυμο Σχέση

.....
Τόπος, Ημερομηνία & υπογραφή μέλους

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των καταστατικών διατάξεων του Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α. και παρακαλώ να με γράψετε μέλος στο ταμείο.

Αποδέχομαι, όσο είμαι στην ενέργεια, το δικαίωμα εγγραφής, η μηνιαία εισφορά και οι λοιπές οικονομικές μου υποχρεώσεις απέναντι στο ταμείο, να παρακρατούνται από τις αποδοχές μου.

Αποδέχομαι την μεταφορά της Α.Μ. που τηρώ στον ΛΑΜΔΕΑ ως προαιρετική εισφορά στον κλάδο εφ, άπαξ της μερίδας μου.

ΔΕΝ αποδέχομαι την μεταφορά της Α.Μ. που τηρώ στον ΛΑΜΔΕΑ ως προαιρετική εισφορά στον κλάδο εφ, άπαξ της μερίδας μου και επιθυμώ την απόδοσή της.

Επιλέξτε με την επιθυμία σας.

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

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

Σύμφωνα με το αρθρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων της αίτησης ένταξης απογραφικού δελτίου, είναι το ΤΕΑΕΤΔΕΑ, που εδρεύει στην Αθήνα, στην **οδόσ Ικτίνου 2 (Τ.Κ 10552, τηλ. 210-5227330)**.

Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η 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 ΤΕΑΕΤΔΕΑ καθώς και η εταιρεία που έχει αναλάβει τη διαχείριση της λειτουργίας στο ΤΕΑΕΤΔΕΑ.

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ:

Στο πεδίο Φύλο <input type="checkbox"/>	τίθεται Α για άνδρα, Γ για γυναίκα
Στο πεδίο Φορέας <input type="checkbox"/>	τίθεται ΕΑ τους Αστυνομικούς, τίθεται ΕΦ τους Ειδικούς φρουρούς τίθεται ΣΦ τους Συνοριακούς φύλακες τίθεται ΠΥ τους Πολιτικούς υπαλλήλους
Στο πεδίο Εισφορά [____, ____]	Επιλέγεται ποσό από 30 € - 100 €
Στο πεδίο Δικαιούχοι	Συμπληρώνουμε τον ΑΔΤ, Ονοματεπώνυμο και Σχέση του δικαιούχου με τον ασφαλισμένο (πχ 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 ΤΕΑΕΤΔΕΑ:

Αριθμός Μέλους Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.	
Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ. Σ.	
Ημερομηνία Καταχώρησης	