

ΑΙΤΗΣΗ

«Περί χορήγησης εφάπαξ οικονομικής ενίσχυσης του Ν.826/78, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 15 του Ν.1539/85, καθώς και το άρθρο 137 του Ν.4483/2017, λόγω θανάτου».

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΒΙΩΣΑΝΤΑ

Α.Γ.Μ. :
Βαθμός :
ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
Όνομα:.....
Πατρώνυμο:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ

.....
.....
.....
Δ/ση κατοικίας:
(Οδός).....αριθ.....
(Πόλη - Χωριό).....
Τ.Κ:
Τηλέφωνο:
ΑΜ.Κ.Α.:
Α.Φ.Μ. :.....
Δ.Ο.Υ. :
Αστυν. Τμήμα τόπου κατοικίας :
.....
.....

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Ληξιαρχική Πράξη θανάτου.
2. Αντίγραφο Πορίσματος Ε.Δ.Ε. ή Π.Δ.Ε. ή βεβαίωση της Υπηρεσίας, από την οποία να προκύπτει, ότι ο θάνατος επήλθε σε διατεταγμένη υπηρεσία.
3. Υπεύθυνη Δήλωση όπου θα αναφέρεται ότι: «τα φ/φα που προσκομίζονται με την παρούσα αίτησή μου είναι ακριβή φωτοαντίγραφα εκ των πρωτοτύπων εγγράφων».
4. Φ/φο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας δικαιούχων.
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
6. Αντίγραφο Φύλλου Μητρώου (Α' Μέρος - Στρατολογικές Μεταβολές 4,5,6 σελ.).
7. Αναλυτικό σημείωμα αποδοχών.
8. Βεβαίωση ΑΜΚΑ των δικαιούχων.
9. Αντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης ή Εκκαθαριστικό εφορίας των δικαιούχων.
10. Αντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας με πρώτο όνομα του αιτούντα/ δικαιούχου (κατά προτίμηση Εθνική Τράπεζα).

Π Ρ Ο Σ

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.

Τμήμα Παροχών Ασφαλισμένων ΕΛ.ΑΣ.
Τομέας Πρόνοιας Αστυνομικών (Τ.Π.ΑΣ.)
(ασφαλισμένοι στην τ. Ελλ. Χωροφυλακή)
Βερανζέρου αρ. 48 – τ.κ. 104 38 – Αθήνα

Ο αποβιώσας ήταν μέτοχος του Ταμείου σας και παρακαλ..... όπως μ..... χορηγήσετε την εφάπαξ οικονομική ενίσχυση του Ν.826/78, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 15 του Ν.1539/85, καθώς και το άρθρο 137 του Ν.4483/2017.

Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης που καταθέτω σήμερα και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019, ότι ΣΥΝΑΙΝΩ και παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά αυτής, από την υπηρεσία στην οποία κατέθεσα την αίτηση, με σκοπό την διαβίβαση αυτών μέσω της εφαρμογής Police on Line στο Τ. Α.Π.Α.Σ.Α. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου. (Η παρούσα δήλωση αφορά μόνο όσους επιλέγουν να αποστείλουν την αίτηση μέσω Police on Line).
Επίσης παρέχω την εξουσιοδότηση να μου αποσταλεί οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.
Σημείωση: Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email:dpo@teapasa.gr. Επίσης μπορείτε να καλείτε το τηλέφωνο: 210-5276931.

.....
(τόπος)

.....
(ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....