

Α Ι Τ Η Σ Η

(Όλα τα πεδία συμπληρώνονται υποχρεωτικά)

ΠΡΟΣ

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.
Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ Π.Σ.
ΤΟΜΕΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ (Τ.Π.Υ.Π.Σ.)
ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 48 - Τ.Κ. 104 38 ΑΘΗΝΑ

A.M.

ΒΑΘΜΟΣ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

A.Δ.Τ.....

A.M.K.A.....

A.Φ.Μ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ

ΟΔΟΣ ΤΚ.....

IBAN ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

GR

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλ. Σταθερό

Τηλ. Κινητό

(Για επικοινωνία με SMS)

Email :.....

Παρακαλώ όπως μου εγκρίνετε και χορηγήσετε δάνειο

- 2.001,76 €** Για όσους έχουν τουλάχιστον τρία (3) έτη ασφάλισης.
- 3.003,66 €** Για όσους έχουν τουλάχιστον δέκα (10) έτη ασφάλισης.
- 4.001,83 €** Για όσους έχουν τουλάχιστον είκοσι (20) έτη ασφάλισης.

Επιλέξτε
μόνο
ένα
ποσό.

Ο έκτακτος λόγος για τον οποίο αιτούμαι το δάνειο είναι:

- Νοσηλεία - θεραπεία λόγω ασθένειας
- Τοκετός
- Θάνατος
- Γάμος
- Έκτακτη σιγαστική ανάγκη
- Λουτροθεραπεία

Επιλέξτε **μία** αιτία

Συνημμένα υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:

- α) Υπεύθυνη Δήλωση ν.1599/1986. (Εντυπο Ταμείου)**
- β) Φωτοαντίγραφο αναλυτικού μηνιαίου σημειώματος αποδοκών μισθοδοσίας, που αντιστοιχεί στον μήνα υποβολής της αίτησης.**
- γ) Φ/Α τραπεζικού λογαριασμού IBAN Εθνικής Τράπεζας με πρώτο δικαιούχο τον αιτούντα.**
- δ) Συνημμένα παραστατικά που αποδεικνύουν την έκτακτη ανάγκη. (Αναγράφονται υποχρεωτικά)**

ε) Αποδεικτικό Φορολογικής Ενημερότητας (ΠΡΟΣΟΧΗ δεν θα υποβάλλεται, θα αναζητείται αυτεπάγγελτα από το Ταμείο κατά το στάδιο εκταμίευσης του δανείου).

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 PSNET στο ΤΑ.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 PSNET).

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.tapasa.gr και περί προσωπικών δεδομένων να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr.

..... /..... / 2021
(Πόλη)

..... /..... / 2021
(Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....