

Α Ι Τ Η Σ Η

«Περί χορήγησης επιστροφής εισφορών λόγω
Θανάτου μετόχου»

(Αφορά Ενήλικα Τέκνα ή άλλους Δικαιούχους)

Επώνυμο:

Όνομα :

Πατρώνυμο

Α.Δ.Τ:

Α.Φ.Μ:

Δ.Ο.Υ:

Α.Μ.Κ.Α:

Δ/νση κατοικίας

(Οδός- Αριθμός)

Τ.Κ.: Δήμος:

Σταθερό Τηλέφωνο:

Κινητό Τηλέφωνο

Email :

ΤΡΑΠΕΖΑ:

IBAN: **GR**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ

Α.Μ.

Βαθμός

Επώνυμο:

Όνομα :

Πατρώνυμο

Α.Φ.Μ:

Ημερομηνία θανάτου

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ*

- 1) Δελτίο Ατομικής Υπηρεσιακής Κατάστασης - Δ.Α.Υ.Κ. (θα μας αποσταλεί από την Δ/νση Υποστήριξης Α.Π.Σ.) ή Απόσπασμα Φύλου μητρώου, εάν δεν εκδοθεί ΔΑΥΚ..
- 2) Υ.Δ. στην οποία δηλώνετε ότι, καμία άλλη διεκδίκηση για λήψη εφάπαξ βοηθήματος αυτοτελώς ή με τις διατάξεις περί διαδοχικής ασφάλισης δεν θα έχετε από τον Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./Τ.Π.Υ.Π.Σ. ή άλλο φορέα πρόνοιας, για τον ίδιο χρόνο ασφάλισης του θανόντος τ. μετόχου μας, για τον οποίο θα λάβετε επιστροφή εισφορών.
- 3) Πράξη Απονομής ή Προκαταβολής (θετική ή αρνητική) κύριας σύνταξης (θα μας αποσταλεί από τον Ε.Φ.Κ.Α. - Αυτεπάγγελτη αναζήτηση, Ν.3448/2006).
- 4) Απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης θανάτου.
- 5) Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών ή Οικογενειακής κατάστασης.
- 6) Πιστοποιητικό Κληρονομητηρίου (Ειρηνοδικείο/Πρωτοδικείο).
- 7) Πιστοποιητικό περί μη ανάκλησης του ανωτέρω Κληρονομητηρίου
- 8) Φ/φο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (δικαιούχων).
- 9) Αποδεικτικό Α.Μ.Κ.Α. και Α.Φ.Μ. των δικαιούχων ή οποιοδήποτε έγγραφο αναγράφονται ευκρινώς αυτά.
- 10) Ευκρινές Φ/φο λογαριασμού IBAN Τραπέζης.
- 11) Οποιαδήποτε εκτύπωση που να αναγράφεται ευκρινώς το Email επικοινωνίας.
- 12) Περαιτέρω δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κληθείτε να προσκομίσετε συμπληρωματικά, κατόπιν ειδοποίησης του Τομέα.

ΠΡΟΣ

**Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας
Απασχολουμένων στα Σώματα Ασφαλείας
(Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α)**

**Γ' ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΤΟΜΕΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ (Τ.Π.Υ.Π.Σ)
Βερανζέρου 48 Τ.Κ.104 38 ΑΘΗΝΑ**

Ο/Η αποβιώσας
(βαθμός συγγένειας π.χ. πατέρας μου), ήταν μέτοχος του Τομέα σας και παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες, προκειμένου να μου χορηγηθούν οι επιστροφές εισφορών που δικαιούμαι, ως κληρονόμος αυτού/ης.

Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα και ρητά, ότι έχω ενημερωθεί σχετικά με τα προβλεπόμενα από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων [ΕΕ 2016/679] και τον Νόμο 4624/2019 νόμιμα δικαιώματά μου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτηση μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Η παρούσα επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα γίνεται με σκοπό την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου και με Νομική Βάση την εκπλήρωση καθήκοντος προς το Δημόσιο Συμφέρον και τη συμμόρφωση του Ταμείου με υποχρέωση που προκύπτει από την κείμενη νομοθεσία.

Το Ταμείο δεσμεύεται για τη νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των δεδομένων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την προστασία τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στον διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276881.

..... /...../.....
(Τόπος) (ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....