

**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΛΤΑ Ν.Π.Ι.Δ.**

Τ.Θ. 3005, 102 10 Αθήνα
Τηλ: 210 33 53 832 - 831, Fax: 210 52 00 012
Email: teaelta@elta-net.gr



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ:.....

(Συμπληρώνεται από το ΤΕΑ ΕΛΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΑΜ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ EMAIL:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

.....

Με την παρούσα αιτούμαι την υπαγωγή μου στον Κλάδο Εφάπαξ Παροχής.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση του καταστατικού του ΤΕΑ-ΕΛΤΑ (ΦΕΚ/Β/2638/30-06-2020), το οποίο αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Εξουσιοδοτώ τις Αρμόδιες Υπηρεσίες ΕΛΤΑ Α.Ε. να παρακρατούν κάθε μήνα το ποσό της τακτικής εισφοράς, από τις μηνιαίες αποδοχές μου και να το αποδίδουν στο ΤΕΑ-ΕΛΤΑ.

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για τη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στο ΤΕΑ-ΕΛΤΑ για την επεξεργασία προσωπικών ή/και ευαίσθητων δεδομένων μου, και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση αυτών για τους σκοπούς του Ταμείου.

Η ανωτέρω συγκατάθεση ισχύει εφεξής για κάθε σχέση μου με το ΤΕΑ ΕΛΤΑ και μέχρι την καθ' οιονδήποτε τρόπο ανάκλησή της.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ – ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Ομάδα Α – Προσωπικά στοιχεία μελών (Τα προσωπικά στοιχεία δηλώνονται με ευθύνη του μέλους)

- Εργοδότης	
- Αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (ΑΜΚΑ)	
- Επώνυμο	
- Όνομα	
- Όνομα πατρός	
- Όνομα μητρός	
- Φύλο	
- ΑΦΜ	
- Αριθμός Ταυτότητας ή Αριθμός Διαβατηρίου	
- Διεύθυνση κατοικίας	Οδός Αριθμ. Πόλη Ταχ. Κωδ.
- Τηλέφωνο 1	
- Τηλέφωνο 2	
- Ημερομηνία γέννησης	
- Ημερομηνία πρώτης ασφάλισης στο κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα	

Σε περίπτωση που το μέλος είναι έγγαμο απαιτούνται επίσης :

- Επώνυμο συζύγου	
- Όνομα συζύγου	
- Ημερομηνία γέννησης συζύγου	
- Αριθμός Ταυτότητας συζύγου	
- ΑΦΜ	
- Φορέας κυρίας ασφάλισης	

Σε περίπτωση που το μέλος έχει παιδιά τότε απαιτούνται επίσης για κάθε παιδί :

- Επώνυμο παιδιού				
- Όνομα παιδιού				
- Φύλο παιδιού				
- Ημερομηνία γέννησης παιδιού				

Ομάδα Β – Ασφαλιστικά στοιχεία μελών

Τα ασφαλιστικά στοιχεία του κάθε μέλους συμπληρώνονται από τις Υπηρεσίες του ΤΕΑ ΕΛΤΑ

- Αριθμός μητρώου Ταμείου	-
- Ημερομηνία ασφάλισης στο Ταμείο	-
- Πρόγραμμα ασφάλισης	-