



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



e-mail: teatdea@yahoo.gr

Α.Γ.Μ.Σ:

Α.Μ. ΤΑΜΕΙΟΥ:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΛΟΓΩ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Στοιχεία μέλους

[_____]	[_____]	[_____]	Φορέας: ΕΑ =Ελ. Ασ., ΕΦ =Ειδ. Φρουρός, ΣΦ =Συνορ. Φύλακας, ΠΥΕΑ =Πολ. Υπαλ. Ελ.ΑΣ, ΠΣ =Πυροσβεστικό Σώμα, ΠΣΣ =Πυροσβ. 5ετούς, ΠΥΠΣ =Πολ. Υπαλ. Πυρ. Σ., ΛΣ =Λιμενικό Σώμα, ΠΥΛΣ =Πολ. Υπαλ. Λιμ. Σωμ.
Αριθμός Ταυτότητας	Φύλο Α =Ανδρας, Γ =Γυναίκα		
[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
Επώνυμο		Όνομα	
[_____]	[____ / ____ / ____]		
Πατρώνυμο	Ημερ. Γέννησης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)		
[_____]	[_____ , ____ - _____]		
Υπηρεσία	Διεύθυνση Υπηρεσίας Οδός, Αριθμός - Πόλη		
[_____ , ____]			
Διεύθυνση διαμονής: (Οδός, Αριθμός)			
[_____ - _____ - _____]			
Διεύθυνση διαμονής: (Τ.Κ. - Πόλη - Νομός)			
[_____]	[_____]		
Α.Φ.Μ.	Αρμόδια Δ.Ο.Υ.		
[_____]	[_____]	[_____]	e-mail: _____
Τηλέφωνα Υπηρεσίας	Οικίας	Κινητό	
[____ / ____ / ____]			A.M.K.A.: _____
Ημερομηνία κατάταξης (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕ) – <u>ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ</u>			
Τράπεζα: _____	IBAN: _____		

ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Χορήγηση αποζημίωσης λόγω μακροχρόνιας νοσοκομειακής περίθαλψης
(άρθρο 38 του Καταστατικού)

Ημ/νία Λήψης:

Ημ/νία απόφασης Δ.Σ. :

Αποτέλεσμα :

Τόπος

Υπογραφή δικαιούχου

Ημερομηνία

(Ονοματεπώνυμο)

Για το Δ.Σ.

Ο
Πρόεδρος

Ο
Γενικός Γραμματέας

Ο
Ταμίας

Συνημμένα δικαιολογητικά:

1. Βεβαίωση Νοσοκομείου ή Κλινικής να προκύπτει ο ακριβής χρόνος νοσηλείας (ημερομηνία εισαγωγής ή ημερομηνία εξαγωγής) καθώς και αιτία νοσηλείας
2. Φ/Ο 1^{ης} σελίδας βιβλιαρίου καταθέσεων

Συμπληρώνονται από το Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.Π.Λ.

Αριθμός μέλους Τ.Ε.Α.Ε.Τ.Δ.Ε.Α.Π.Λ.	
Ημερομηνία Λήψης	
Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.	
Ημερομηνία καταχώρησης	