



ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Στοιχεία ασφαλισμένου μέλους

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας :

Επώνυμο :

Όνομα :

Πατρώνυμο :

Ημερομηνία γέννησης :

Α.Φ.Μ. :

Α.Μ.Κ.Α. :

e-mail :

Κινητό τηλέφωνο :

Στοιχεία πληρωμής εφάπαξ παροχής

Τράπεζα :

IBAN :

Παρακαλώ να με διαγράψετε από μέλος του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης Αστυνομικών, Πυροσβεστών και Λιμενικών και να μου αποδώσετε το ποσό της Ατομικής μου Μερίδας από τον Κλάδο Συνταξιοδοτικών Παροχών.

✓ Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) Έχω λάβει γνώση των Καταστατικών διατάξεων του Τ.Ε.Α.Α.Π.Λ.

β) Αποδέχομαι την Πολιτική Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Ταμείου, συναινώ στην επεξεργασία, σύμφωνα με αυτήν και τα ατομικά μου στοιχεία στο εξής να τηρούνται στο αρχείο του για είκοσι (20) έτη, χωρίς να επεξεργάζονται.

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά :

☒ Βεβαίωση τήρησης λογαριασμού ή Φ/Ο 1ης σελίδας προσωπικού τραπεζικού λογαριασμού όπου αναγράφονται τα στοιχεία του δικαιούχου.

☐ Απόφαση αποστρατείας (για τους απόστρατους).

Τόπος: _____ Ημερ/νία Υποβολής: _____

Ο Αντιπρόσωπος Ν. _____

Υπογραφή: _____

Συμπληρώνεται από το Ταμείο

Α.Μ. Ταμείου :

Αριθμός Πρωτοκόλλου :

Ημερομηνία Λήψης:

Ημερομηνία Εγγραφής στο Ταμείο :

Ημερομηνία Απόφασης Δ.Σ.:

Ποσό μεταφοράς από ΛΑΜΔΕΑ :

Παρατηρήσεις: