



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΑ
ΣΩΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
[Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.]
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ-ΠΑΡΟΧΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Βερανζέρου 48 – ΤΚ 10438 ΑΘΗΝΑ

Αθήνα 31 Ιουλίου 2019

Α.Π.: 1030/2/1269

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΘΕΜΑ: «Υπαγωγή στην ασφάλιση του Κλάδου Υγείας Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων (Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.) και λοιπών εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία. Αύξηση υφιστάμενων παροχών και ορισμός νέων.»

ΣΧΕΤ.: α. Η από 27/6/2019 Απόφαση της Υπουργού Προστασίας του Πολίτη (ΦΕΚ 2763/03-07-2019, τ. Β').

β. Η υπ' αριθ. 27.5 από 18-7-2019 Απόφαση του Δ.Σ. του Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α..

1. Με την (α) σχετική, εγκρίθηκε από την Υπουργό Προστασίας του Πολίτη, η υπαγωγή στην ασφάλιση του Κλάδου Υγείας Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων και λοιπών εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία οι οποίοι ασφαλιζονται στους Τομείς της τέως Χωροφυλακής του Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. καθώς και η αύξηση υφιστάμενων και ορισμός νέων παροχών στα μέλη του.
2. Με τη (β) σχετική Απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου, καθορίστηκαν οι όροι και προϋποθέσεις υπαγωγής στην ασφάλιση του Κλάδου Υγείας Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων και λοιπών εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία καθώς και η διαδικασία χορήγησης των νέων παροχών στα μέλη του.
3. Συγκεκριμένα στον Κλάδο Υγείας του Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. (Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.), υπάγεται:
 - A. Υποχρεωτικά**
 - όλο το εν ενεργεία ένστολο και πολιτικό προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας που ασφαλιζεται στους τομείς της τέως Αστυνομίας Πόλεων και
 - όλοι οι νεοεισερχόμενοι υπάλληλοι, που ασφαλιζονται στους τομείς της τέως Αστυνομίας Πόλεων και της τέως Χωροφυλακής του Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α., ως και τα μέλη των οικογενειών τους.
 - B. Προαιρετικά**
 - το εν ενεργεία ένστολο και πολιτικό προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας που ασφαλιζεται στους τομείς της τέως Χωροφυλακής, με χρόνο υπηρεσίας μέχρι δέκα (10) έτη καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους.
4. Η υπαγωγή στην ασφάλιση του Κ.Υ.Υ.Α.Π. όλων των νεοεισερχόμενων υπαλλήλων θα άρχεται από την **04/07/2019** και **εντεύθεν**.

Οι εν ενεργεία αστυνομικοί υπάλληλοι που είναι ασφαλισμένοι στους τομείς της τέως Χωροφυλακής, με χρόνο υπηρεσίας μέχρι δέκα (10) έτη (ημερομηνία κατάταξης μετά την **3-7-2009**), έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης ένταξής τους στον Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση της (α) σχετικής δηλαδή μέχρι και την **03/01/2020**. Η ένταξη τους στον Κλάδο Υγείας θα γίνει με Απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

Για όλα τα νέα μέλη, η πρόσβασή τους στις παροχές του Κλάδου Υγείας θα αρχίζει από της εντάξεώς τους στον Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. και υπό την προϋπόθεση ότι έχουν συμπληρώσει εξάμηνη συμμετοχή στις προβλεπόμενες κρατήσεις (1,5% επί των συντάξιμων αποδοχών), ήτοι μετά την **03/07/2020**.
5. Επίσης, επανακαθορίζονται υφιστάμενες αλλά προβλέπονται και νέες παροχές του Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. στα μέλη του:

- A.** Το ποσό που χορηγείται εφάπαξ σε γυναίκες υπαλλήλους και συζύγους των εν ενεργεία, συνταξιούχων και όσων απεβίωσαν εν ενεργεία ή συνταξιούχων ασφαλισμένων στον Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α., ως επίδομα τοκετού ορίστηκε στο ποσό των **700,00 ευρώ** (από **500,00 ευρώ**) για κάθε τέκνο που γεννιέται μετά την **03-07-2019** με φυσιολογικό τοκετό αλλά και στις περιπτώσεις καισαρικής τομής.
- B.** Ο Κλάδος Υγείας καλύπτει το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του και επιπλέον ποσοστό **50%**, που τυχόν προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ τιμής αναφοράς και ασφαλιστικής αποζημίωσης του φαρμάκου (διαφορά γενοσήμου και πρωτοτύπου).
Η παροχή θα έχει ισχύ, εφόσον η συνταγογράφηση του φαρμάκου, όπως αυτή προκύπτει από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, γίνεται **6 μήνες** μετά την ημερομηνία δημοσίευσης της (α) σχετικής δηλαδή μετά την **04/01/2020**.
- Γ.** Ο Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. χορηγεί νέα ειδική οικονομική παροχή στις ακόλουθες περιπτώσεις:
- α)** απώλειας ζωής, για οποιοδήποτε λόγο, των άμεσα, **εν ενεργεία** ασφαλισμένων ως εξής:
- I.** Ποσό **2.000 ευρώ** για άγαμα μέλη, με δικαιούχους τους γονείς του θανόντος, κατ'ισομοιρίαν.
 - II.** Ποσό **3.000 ευρώ** για έγγαμους χωρίς τέκνα, με δικαιούχο τον/την σύζυγο του θανόντος. Στην περίπτωση διαζευγμένου, χορηγείται η παροχή της (I) περίπτωσης στους γονείς αυτού/ης.
 - III.** Ποσό **4.000 ευρώ** για έγγαμους ή άγαμους ή διαζευγμένους με ανήλικα τέκνα, με δικαιούχο το πρόσωπο που έχει την επιμέλεια του/των τέκνων.
- β)** αντικατάστασης τεχνητών πρόσθετων μελών – άκρων λόγω ακρωτηριασμού, των άμεσα **εν ενεργεία** ασφαλισμένων, με τη χορήγηση εφάπαξ ποσού ύψους αντίστοιχου της δαπάνης στην οποία υποβλήθηκε και όχι πέραν του ποσού των **4.000 ευρώ**.
- 6.** Οι αιτήσεις των υπαλλήλων που είναι ασφαλισμένοι στους τομείς της τέως Χωροφυλακής, **με χρόνο υπηρεσίας μέχρι 10 έτη** και επιθυμούν την ένταξή τους στον Κλάδο Υγείας, θα αποστέλλονται στον Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. μέσω POL ή ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή, έως και την **03/01/2020** και θα συνοδεύονται υποχρεωτικά από αντίγραφο Φύλλου Μητρώου Υπηρεσίας για το αστυνομικό προσωπικό και βεβαίωση του Διοικητή Υπηρεσίας για το πολιτικό προσωπικό, με την οποία θα βεβαιώνει ότι η ημερομηνία κατάταξης στην Ελληνική Αστυνομία, είναι μεταγενέστερη της **03/07/2009**.
- 7.** Όλες οι παροχές του Κλάδου Υγείας του Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. προς τους ασφαλισμένους του καθώς επίσης και τα απαραίτητα δικαιολογητικά, αναφέρονται αναλυτικά στο **Παράρτημα I** της παρούσας ενώ στο **Παράρτημα II** επισυνάπτονται τα νέα σχετικά έντυπα για κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Ο Διευθυντής Ασφάλισης – Παροχών

Ευάγγελος Ηλ. Τσαλοκώστας
Πύραρχος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΑΡΟΧΕΣ Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.

Φαρμακευτική Περίθαλψη

α. Παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης συμπληρωματικής του Δημοσίου, στην **Αττική, Πειραιά, Αχαΐα και **Ηράκλειο Κρήτης**.**

- Ο Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. καλύπτει το ποσοστό συμμετοχής (**10%** ή **25%**) στις δαπάνες Φαρμακευτικής Περίθαλψης των ασφαλισμένων του και των μελών αυτών και επιπλέον ποσοστό **50%**, που τυχόν προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ τιμής αναφοράς και ασφαλιστικής αποζημίωσης του φαρμάκου.
Το Ταμείο έχει συνάψει Συλλογικές Συμβάσεις Προμήθειας φαρμάκων με τους Φαρμακευτικούς Συλλόγους Αττικής, Πειραιά, Αχαΐας και Ηρακλείου Κρήτης, ώστε στους ασφαλισμένους που εμφανίζεται η ηλεκτρονική ένδειξη ασφάλισης στον Κ.Υ.Υ.Α.Π. επί των ηλεκτρονικά εκδιδόμενων συνταγών, να απαλλάσσονται της υποχρέωσης καταβολής της συμμετοχής τους στα φαρμακεία που ανήκουν στους ανωτέρω Συλλόγους.
- Για τους ήδη ασφαλισμένους στον ΚΥΥΑΠ, η αποζημίωση του ποσοστού **50%** από τη διαφορά μεταξύ τιμής αναφοράς και ασφαλιστικής αποζημίωσης του φαρμάκου, θα ξεκινήσει **6 μήνες** μετά την ημερομηνία δημοσίευσης της Υπουργικής Απόφασης, ήτοι την **04/01/2020** και **χωρίς αναδρομική ισχύ**. Συνεπώς, για την αποζημίωση του ποσοστού **50%** η συνταγογράφηση του φαρμάκου, όπως αυτή προκύπτει από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, θα πρέπει να είναι μεταγενέστερη της **04/01/2020**.
- Για τα **νέα μέλη** που θα ασφαλιζονται στον Κ.Υ.Υ.Α.Π., προερχόμενα από την τ έως **Χωροφυλακή**, η παροχή στη φαρμακευτική περίθαλψη δεν θα έχει αναδρομική ισχύ. Το δικαίωμα στην παροχή θα γεννάται όταν συμπληρωθεί η εξάμηνη συμμετοχή τους σε κρατήσεις και η ημερομηνία συνταγογράφησης είναι μεταγενέστερη.

β. Αποζημίωση ποσοστού συμμετοχής φαρμάκου εκτός Φαρμακευτικών Συλλόγων.

- Προκειμένου να καταβληθεί από τον Κ.Υ.Υ.Α.Π. το ποσοστό συμμετοχής για φαρμακευτική περίθαλψη στους διαμένοντες σε περιοχές εκτός Αττικής, Πειραιά, Αχαΐας και Ηρακλείου Κρήτης, ο ασφαλισμένος καταβάλλει στο φαρμακείο το ποσοστό συμμετοχής 25% ή 10% επί της τιμής αναφοράς που αναγράφεται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στη συνέχεια αποστέλλει στην Κεντρική Υπηρεσία του Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. (Βερανζέρου 48 Αθήνα, Τ.Κ. 10438) τα σχετικά δικαιολογητικά (κοστολογημένη συνταγή συνοδευόμενη με την αντίστοιχη απόδειξη είσπραξης υπηρεσιών), για να εκκαθαριστεί και πληρωθεί η δαπάνη στον τραπεζικό του λογαριασμό.

Λοιπές παροχές συμπληρωματικές του Δημοσίου.

- Για την πραγματοποίηση ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων, ο Κ.Υ.Υ.Α.Π. αποζημιώνει τους άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους του με ποσοστό συμμετοχής **15%** επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου και αποκλειστικά στους συμβεβλημένους παρόχους υγείας.
- Στις Φυσιοθεραπείες - λογοθεραπείες - εργοθεραπείες - ψυχοθεραπείες καθώς και στην πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα η συμμετοχή των ασφαλισμένων διαμορφώνεται, ανάλογα με τις διατάξεις στον Κανονισμό του ΕΟΠΥΥ.

Παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης συμπληρωματικής του Δημοσίου.

- Στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε ιδιώτες παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, ο Κ.Υ.Υ.Α.Π. συμμετέχει με ποσοστό συμμετοχής **10%** είτε **30%** επί του ποσοστού αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ (Κλειστό Ενοποιημένου Νοσήλιο - ΚΕΝ), αναλόγως του είδους νοσηλείας.

ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

- α.** Για τους τοκετούς, στους οποίους θα προκύπτει από τη ληξιαρχική πράξη γέννησης, ημερομηνία γέννησης τέκνου **προγενέστερη της 03/07/2019**, το επίδομα ανέρχεται στο ποσό των **500,00 ευρώ για μονή κύηση**, των 1.000,00 ευρώ για διπλή κύηση κ.ο.κ..
- β.** Για τους τοκετούς, στους οποίους θα προκύπτει από τη ληξιαρχική πράξη γέννησης, ημερομηνία γέννησης τέκνου **μεταγενέστερη της 03/07/2019**, το επίδομα ανέρχεται στο ποσό των **700,00 ευρώ για μονή κύηση**, των 1.400,00 ευρώ για διπλή κύηση κ.ο.κ..
- γ.** Δικαιολογητικά που απαιτούνται:
1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου.
 2. Έκδοση Ασφαλιστικής Ικανότητας γονέων από την εφαρμογή του ΙΚΑ που είναι προσβάσιμη στην ακόλουθη διεύθυνση :<http://www.ika.gr>.
 3. Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού Τράπεζας IBAN, με πρώτο δικαιούχο τον αιτούντα.
 4. [Αίτηση συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη.](#)

Ειδική οικονομική παροχή

Ο Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. χορηγεί ειδική οικονομική παροχή στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α)** απώλειας ζωής, για οποιοδήποτε λόγο, των άμεσα, **εν ενεργεία** ασφαλισμένων ως εξής:
- I.** Ποσό **2.000 ευρώ** για άγαμα μέλη, με δικαιούχους τους γονείς του θανόντος, κατ'ισομοιρίαν.
 - II.** Ποσό **3.000 ευρώ** για έγγαμους χωρίς τέκνα, με δικαιούχο τον/την σύζυγο του θανόντος. Στην περίπτωση διαζευγμένου, χορηγείται η παροχή της (I) περίπτωσης στους γονείς αυτού/ης.
 - III.** Ποσό **4.000 ευρώ** για έγγαμους ή άγαμους ή διαζευγμένους με ανήλικα τέκνα, με δικαιούχο το πρόσωπο που έχει την επιμέλεια του/των τέκνων.
- β)** αντικατάστασης τεχνητών πρόσθετων μελών – άκρων λόγω ακρωτηριασμού, των άμεσα **εν ενεργεία** ασφαλισμένων, με τη χορήγηση εφάπαξ ποσού ύψους αντίστοιχου της δαπάνης στην οποία υποβλήθηκε και όχι πέραν του ποσού των **4.000 ευρώ**.

Και στις δυο περιπτώσεις, η γέννηση του δικαιώματος στην παροχή δημιουργείται, όταν το γεγονός έπεται της ημερομηνίας δημοσίευσης της Υπουργικής Απόφασης, **ήτοι μετά την 03/07/2019.**

- ❖ **Κάθε απαίτηση από τον Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α., η οποία δεν αιτείται για οποιοδήποτε λόγο εντός διετίας από τη στιγμή που δημιουργείται, παραγράφεται.**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη χορήγηση των ανωτέρω ειδικών οικονομικών παροχών, περιγράφονται κατά περίπτωση, ως ακολούθως:

Απώλειας ζωής, για οποιοδήποτε λόγο, των άμεσα, εν ενεργεία ασφαλισμένων.

Απώλεια ζωής άγαμου μέλους

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Μεριδας
3. Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
4. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

I. (α) Απώλεια ζωής έγγαμου μέλους χωρίς τέκνα

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
3. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
4. Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
5. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

II. (β) Απώλεια ζωής διαζευγμένου μέλους χωρίς τέκνα

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
3. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
4. Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
5. Ληξιαρχική πράξη γάμου με καταχώριση στο περιθώριο αυτής, της λύσεώς του, είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
6. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

II. (α) Απώλεια ζωής άγαμου μέλους με ανήλικα τέκνα

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
3. Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
4. Ανάθεση επιμέλειας είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
5. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

III. (β) Απώλεια ζωής έγγαμου μέλους με ανήλικα τέκνα

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
3. Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
5. Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
6. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

III. (γ) Απώλεια ζωής διαζευγμένου μέλους με ανήλικα τέκνα

1. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου με καταχώριση στο περιθώριο αυτής, της λύσεώς του, είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
3. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
4. Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων

5. Ανάθεση επιμέλειας τέκνων είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
6. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

Αντικατάσταση τεχνητών πρόσθετων μελών – άκρων λόγω ακρωτηριασμού, των άμεσα εν ενεργεία Ασφαλισμένων

1. Φ/ο γνωμάτευσης Ιατρού, αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας, θεωρημένη από ελεγκτή Ιατρό.
2. Εξοφλημένο παραστατικό αγοράς.
3. Φωτοαντίγραφο λογαριασμού Τράπεζας (IBAN)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΕΝΤΥΠΑ Κ.Υ.Υ.Α.Π./Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ Κ.Υ.Υ.Α.Π.
(Αστυνομικό Προσωπικό)**

Α.Γ.Μ.

ΒΑΘΜΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:

Α.Δ.Τ.

ΗΜΕΡ. ΕΚΔ.....

ΕΚΔ. ΑΡΧΗ.....

ΑΦΜ:

Α.Μ.Κ.Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Αντίγραφο Φύλλο Μητρώου Υπηρεσίας, από την οποία προκύπτει ότι η ημερομηνία κατάταξής μου στην Ελληνική Αστυνομία είναι **μεταγενέστερη της 03/07/2009**.

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες εγγραφής μου στον Κλάδο Υγείας της πρώην Αστυνομίας Πόλεων, όπως προβλέπεται από τα άρθρα 1 & 6, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 2105276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτών/ουσα

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ Κ.Υ.Υ.Α.Π.
(Πολιτικό Προσωπικό)**

Α.Γ.Μ.

ΒΑΘΜΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:

Α.Δ.Τ.

ΗΜΕΡ. ΕΚΔ.....

ΕΚΔ. ΑΡΧΗ.....

ΑΦΜ:

Α.Μ.Κ.Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Βεβαίωση του Διοικητή της Υπηρεσίας μου, από την οποία προκύπτει ότι η ημερομηνία κατάταξής μου στην Ελληνική Αστυνομία είναι **μεταγενέστερη της 03/07/2009**.

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες εγγραφής μου στον Κλάδο Υγείας της πρώην Αστυνομίας Πόλεων, όπως προβλέπεται από τα άρθρα 1 & 6, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 2105276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτών/ουσα

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ
(Ημερομηνία γέννησης προγενέστερη της 03/07/2019)

Α.Γ.Μ.:.....
ΒΑΘΜΟΣ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:.....
Α.Δ.Τ.
ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:.....
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....
ΑΦΜ:
ΑΜΚΑ:.....
IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....
ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....
ΠΟΛΗ:.....
ΝΟΜΟΣ.....
ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- I. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου, από την οποία προκύπτει ημερομηνία γέννησης προγενέστερη της 03/07/2019.
- II. Έκδοση Ασφαλιστικής Ικανότητας και των δυο γονέων, από την εφαρμογή του Ι.Κ.Α.
- III. Φ/ο IBAN

Π Ρ Ο Σ

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ.104 38

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί το επίδομα τοκετού :

- Ύψους πεντακοσίων ευρώ (500,00€), για μονή κύηση
- Ύψους χιλίων ευρώ (1.000,00€), για δίδυμη κύηση
- Ύψους χιλίων πεντακοσίων ευρώ (1.500,00€), για τρίδυμη κύηση

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

...../...../20....

Ο/Η Αιτ.....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ
(Ημερομηνία γέννησης μεταγενέστερη της 03/07/2019)

Α.Γ.Μ.:.....

ΒΑΘΜΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:.....

Α.Δ.Τ.

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:.....

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....

ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ:.....

IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

I. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου, από την οποία προκύπτει ημερομηνία γέννησης μεταγενέστερη της 03/07/2019.

II. Έκδοση Ασφαλιστικής Ικανότητας και των δυο γονέων, από την εφαρμογή του Ι.Κ.Α.

III. Φ/ο IBAN

Π Ρ Ο Σ

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ.104 38

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί το επίδομα τοκετού, όπως προβλέπεται από τα άρθρα 2 & 3 της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019) :

- Ύψους επτακοσίων ευρώ (700,00€), για μονή κύηση
- Ύψους χιλίων τετρακοσίων ευρώ (1.400,00€), για δίδυμη κύηση
- Ύψους δύο χιλιάδων εκατό ευρώ (2.100,00€), για τρίδυμη κύηση

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890»

...../...../20....

Ο/Η Αιτ.....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

ΙΒΑΝ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλεια ζωής που αφορά άγαμο μέλος, χωρίς τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη θανάτου
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Μεριδας
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση Ι, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

Ποσό ύψους δύο χιλιάδων ευρώ (2.000,00€)

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλειας ζωής που αφορά έγγαμο μέλος, χωρίς τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

Ποσό ύψους τριών χιλιάδων ευρώ (3.000,00€)

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

ΙΒΑΝ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλειας ζωής που αφορά διαζευγμένο μέλος,
χωρίς τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Ληξιαρχική πράξη γάμου με καταχώριση στο περιθώριο αυτής, της λύσεώς του, είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019)

Ποσό ύψους δύο χιλιάδων ευρώ (2.000,00€)

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ:

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

Ποσό ύψους τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000,00€)

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλειας ζωής που αφορά έγγαμο μέλος με ανήλικα τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
- Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλεια ζωής διαζευγμένου μέλους με ανήλικα τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου με καταχώριση στο περιθώριο αυτής, της λύσεώς του, είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
- Ανάθεση επιμέλειας τέκνων είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

ΠΡΟΣ

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019)

Ποσό ύψους τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000,00€)

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

ΙΒΑΝ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλεια ζωής άγαμου μέλους με ανήλικα τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
- Ανάθεση επιμέλειας είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

ΠΡΟΣ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019)

Ποσό ύψους τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000,00€)

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

...../...../20....

Ο/Η Αιτ....

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΜΕΛΩΝ – ΑΚΡΩΝ ΛΟΓΩ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ.

Α.Γ.Μ.:.....
ΒΑΘΜΟΣ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:.....
Α.Δ.Τ.
ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:.....
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....
ΑΦΜ:
ΑΜΚΑ:.....
IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....
ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....
ΠΟΛΗ:.....
ΝΟΜΟΣ.....
ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- I. Φ/ο γνωμάτευσης Ιατρού, αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας, θεωρημένη από ελεγκτή Ιατρό.
- II. Εξοφλημένο παραστατικό αγοράς.
- III. Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

Π Ρ Ο Σ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ
Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ.104 38**

Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί επίδομα ύψουςευρώ και όχι πέραν του ποσού των τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000,00€), το οποίο δαπάνησα για την αντικατάσταση τεχνητού πρόσθετου μέλους, λόγω ακρωτηριασμού, όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο β, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Β'2763/03-07-2019).

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτ.....