

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

Α. .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 Μερίδας
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

**ΠΡΟΣ**

**ΤΑ.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 \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), 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](http://www.teapasa.gr), ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) [dpo@teapasa.gr](mailto:dpo@teapasa.gr) ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

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

Ο/Η Αιτ....