



Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Α. Μ. Άμεσου Μέλους

--	--	--	--	--

Κωδικός Έμμεσου Μέλους

--

Προς το  
Διοικητικό Συμβούλιο Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

**ΑΙΤΗΣΗ –ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΠΛΗΡΗΣ)**

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

(Άμεσου μέλους) (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ.....

(Άμεσου μέλους)

Διεύθυνση κατοικίας & Τ.Κ.....

Τηλ.Οικίας.....

Τηλ.Εργασίας.....

Κινητό.....

Πόλη Ημερομηνία

A) Ονοματεπώνυμο:.....

B) Συγγενική σχέση:.....

Γ) Είδος Ασφάλισης:.....

Δ) Κύριος Φορέας Ασφάλισης:.....

Υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά Στο  
Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι τους όρους και τις προϋποθέσεις ασφάλισης του νέου κανονισμού Ασφάλισης και Παροχών του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για την ασφάλιση των μελών της ατομικής μου οικογένειας.
2. Γνωρίζω ότι η ασφάλιση των εμμέσων μελών της μερίδας μου θα διακοπεί σε περίπτωση κατά την οποία διακοπεί η ασφάλισή μου για οποιονδήποτε λόγο και μη υπάρχοντος δικαιοδόχου σύνταξης.
3. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω εγκαίρως το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για οποιαδήποτε ασφαλιστική ή οικογενειακή μεταβολή εντός τριών μηνών.

Ο/Η ΑΙΤ.....

**ΑΠΟΦΑΣΗ** No.....της.....

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ