



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Α. Μ. Άμεσου Μέλους

--	--	--	--	--

Κωδικός Έμμεσου Μέλους

--

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

ΕΠΩΝΥΜΟ :
(Άμεσου μέλους) (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ :
(Άμεσου μέλους)

Διεύθυνση κατοικίας και Τ.Κ. :

Τηλ. σπιτιού :

Τηλ. γραφείου:

Κινητό :

ΠΟΛΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ
ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΑΣ**

1. Την παράταση ασφάλισης μέχρι να δικαιωθεί
ασφάλιση από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα
περίθαλψης ☐

2. Την έκδοση βεβαίωσης προσωρινής
διαγραφής του/της ☐

3. Τη συμπληρωματική-προαιρετική ασφάλιση
του/της ☐

α) Ονοματεπώνυμο :

β) Συγγενική σχέση :

γ) Είδος ασφάλισης :

δ) Κύριος φορέας ασφάλισης :

ε) Α.Φ.Μ. υπό ασφάλιση μέλους :

στ) Δ.Ο.Υ. υπό ασφάλιση μέλους:

ΑΠΟΦΑΣΗ

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

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

- 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
- Γνωρίζω ότι η ασφάλιση των έμμεσων μελών της μερίδας μου θα διακοπεί σε περίπτωση κατά την οποία διακοπεί η ασφάλισή μου για οιονδήποτε λόγο και μη υπάρχοντος δικαιοδόχου σύνταξης.
- Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω εγκαίρως το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για οποιαδήποτε οικογενειακή μεταβολή εντός τριών μηνών και είμαι ενήμερος για τη διαδικασία της επανεγγραφής.

Ο/Η ΑΙΤ
.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

(συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΚΙΝΗΣΗ	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή
	20...	Νοσοκομειακή

Ποσοστό : Από % -> % Από:

No. της

Για το Δ.Σ.