



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΟΥΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
Με κεφαλαία

ΟΝΟΜΑ:
Με κεφαλαία

Διεύθυνση:

Πόλη:

Τηλ. επικοινωνίας: ,

Email:

Πόλη, ημερομηνία: ,

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

(ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΗΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ/ΣΑ)

ΕΠΩΝΥΜΟ:
Με κεφαλαία

ΟΝΟΜΑ:
Με κεφαλαία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/ΟΥΣΗΣ

Α.Μ.:

--	--	--	--	--

 /

--

ΕΠΩΝΥΜΟ:
Με κεφαλαία

ΟΝΟΜΑ:
Με κεφαλαία

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟΥ & ΕΠΙΔΟΤΗΣΕΩΝ

Συμψηφιζόμενες οφειλές:

Τελικό πληρωτέο:

Ημερομηνία επεξεργασίας:
Ο/Η Προϊστάμενος/η Λογιστηρίου & Επιδοτήσεων

ΠΡΟΣ το

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

Υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά στο Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και παρακαλώ για την καταβολή του επιδόματος εξόδων κηδείας του/ης θανόντος/ούσης πρώην ασφαλισμένου/ης:

- ☐ Ληξιαρχική πράξη θανάτου
- ☐ Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών
- ☐ Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού
- ☐ Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας αιτούντος
ή άλλο πιστοποιητικό ταυτοποίησης
- ☐ Εξουσιοδότηση εκπροσώπησης δικαιούχου (μέσω gov.gr)
- ☐ Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας δικαιούχου
ή άλλο πιστοποιητικό ταυτοποίησης
- ☐ Βεβαίωση κύριου φορέα κοινωνικής ασφάλισης
Σε περίπτωση συμπληρωματικής περίθαλψης
- ☐ Παραστατικά γραφείου τελετών

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....
Ονοματεπώνυμο ολογράφως και υπογραφή

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΑΜΕΙΑΚΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ

Κατηγορία ασφάλισης: ☐ Πλήρης ☐ Συμπληρωματική

Ποσό απόδειξης:

Ποσό πλήρους επιδόματος

Σύμφωνα με τα ισχύοντα στο Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

Ποσό κύριου φορέα:

Σε περίπτωση συμπληρωματικής περίθαλψης

Ποσό προς απόδοση:

Ημερομηνία επεξεργασίας:

Ο/Η Προϊστάμενος/η Υπηρεσίας Ταμειακών Συναλλαγών