



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 76 Τ.Κ. 10678 - www.teapoik.gr

ΤΗΛ. 2106400013 - ΦΑΞ 2106400542 - email: teapoik@gmail.com

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Α.Μ. ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ (συμπληρώνεται από το Ταμείο):..... ΜΕΤΑΒΟΛΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο (όπως αναγράφεται στην Ταυτότητα) Όνομα Φύλο (Α ή Θ)

Όνομα πατέρα Ημερ. γέννησης (ηη/μμ/εεεε) Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας

Α.Φ.Μ. ΔΟΥ υποβολής δήλωσης

Διεύθυνση κατοικίας
Οδός + Αριθμός Τ.Κ. Πόλη + Νομός

Τηλέφωνα Επικοινωνίας + Email (υποχρεωτικό)
Κινητό Οικίας Εργασίας Email

Αριθμός Μητρώου Φορέα Κύριας Ασφάλισης για Περίθαλψη
ΕΟΠΥΥ ή άλλο ΑΜΚΑ

Στοιχεία Μισθοδοσίας
Αρ. Μητρώου Υπηρεσία Οργανικής Θέσης

Σημερινός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
Έτος πρόσληψης στον σημερινό Εργοδότη Έτος πρώτης υπαγωγής σε Φορέα Κοιν. Ασφ. Κύριας Συνταξιοδότησης

- Τα ανωτέρω στοιχεία συμβάλλουν στην αρτιότερη εκπόνηση αναλογιστικών μελετών προς την κατεύθυνση της μελλοντικής επέκτασης των παροχών του Ταμείου. Ειδικότερα, ως προς το «Έτος Πρόσληψης στον σημερινό Εργοδότη» είναι το έτος διορισμού στον φορέα απασχόλησης π.χ. στο Υπουργείο Οικονομικών ή στον φορέα δημοσίου από όπου αργότερα έγινε μετάταξη στο Υπ. Οικονομικών, ενώ ως προς το «Έτος Πρώτης Υπαγωγής σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης Κύριας Συνταξιοδότησης» είναι το έτος που για πρώτη φορά έχουμε υπαγωγή σε τέτοιο φορέα. π.χ. Διορισμός στο Υπ. Οικονομικών το έτος 1987, αλλά προηγούμενα υπήρχε πρόσληψη το 1980 σε ιδιωτική επιχείρηση (ΙΚΑ), τότε θα δηλωθεί το 1980 εδώ και το 1987 στο προηγούμενο τετράγωνο.

Α. ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΦΟΡΩΝ

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Καταστατικού το Ταμείο χρεώνει εισφορά εγγραφής ποσού 25,00 € (υποχρεωτικό).
Σύμφωνα με το άρθρο 20 του Καταστατικού, το ποσό της τακτικής εισφοράς που ο **κυρίως ασφαλισμένος επιλέγει** να καταβάλλει για τον **Κλάδο Συνταξιοδοτικών Παροχών** (κατ' επιλογήν) κυμαίνεται στην κάτωθι κλίμακα:
Ελάχιστο Ποσό Εισφοράς: **€ 10,00** – Μέγιστο Ποσό Εισφοράς: **€ 1.000,00 (μηνιαίως)**.
Συμπληρώστε το μηνιαίο ποσό (σε €) τακτικών εισφορών που επιθυμείτε για τον Κλάδο Συνταξιοδοτικών Παροχών.

Ολογράφως
_____ ανά μήνα

Αριθμητικώς
_____ ανά μήνα

Β. ΚΛΑΔΟΣ ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ (Υγειονομικής Περίθαλψης)

Λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις του Καταστατικού (Κεφάλαιο 6, άρθρα 29 έως 35) δηλώνω ότι:

Επιθυμώ την ασφάλιση εμού ή/και των εξαρτωμένων μελών στο Κλάδο Λοιπών Παροχών
(σε περίπτωση ασφάλισης τυχόν εξαρτώμενων μελών αυτά θα πρέπει να δηλωθούν κατωτέρω)

Δεν επιθυμώ την ασφάλιση μου στο Κλάδο

Β1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο (όπως αναγράφεται στην Ταυτότητα)	Όνομα	Α.Φ.Μ.
.....
Όνομα πατέρα	Ημερ. γέννησης (ηη/μμ/εεεε)	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας
...../...../.....

Στοιχεία Φορέα Κύριας Ασφάλισης για Περίθαλψη

Φορέας και Αριθμός Μητρώου στο Φορέα	ΑΜΚΑ
.....

Β2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

(συμπληρώνεται στην περίπτωση που και οι δύο είναι κύρια μέλη του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ)

Αρ. Μητρώου	Υπηρεσία
.....

Β3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ

Όνομα (+Επώνυμο, αν είναι άλλο από του κυρίως μέλους)	Φύλο	Ημερ. γέν.(ηη/μμ/εεεε)	ΑΜΚΑ
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

Γ. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι κάτωθι υπογράφωντες δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι λάβαμε γνώση τόσο των διατάξεων του Καταστατικού (Υ.Ο.Δ.Δ.ΑΤ10/Φ51020/οικ.48286/802/11.11.2016/ΦΕΚΒ'3662) όσο και του Οδηγού Μέλους του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ, τα οποία αποδεχόμαστε ανεπιφύλακτα. Επίσης, δηλώνουμε ότι εκχωρούμε ανέκκλητα το δικαίωμα καθορισμού των παροχών του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ στο Διοικητικό του Συμβούλιο, το οποίο δύναται να προβαίνει στη μεταβολή τους, με αποκλειστικό γνώμονα τη βιωσιμότητα του ταμείου και το συμφέρον των μελών του.

Τέλος, δηλώνουμε ότι παρέχουμε άδεια για παρακράτηση της μηνιαίας εισφοράς από τη μισθοδοσία του κυρίως μέλους.

Με την παρούσα αίτηση αιτούμαστε την εγγραφή μας (ως κύριο και εξαρτωμένα μέλη αυτού) στο ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ και επισυνάπτουμε τα εξής:

α. Φωτοτυπία τελευταίου εντύπου μισθοδοσίας κυρίως μέλους.

β. Φωτοτυπίες (2 όψεις) Δελτίων Ταυτοτήτων κυρίως μέλους & εξαρτωμένων μελών.

γ. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

δ. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης (για εξαρτώμενο μέλος που υπηρετεί).

ε. Στην περίπτωση τέκνων με αναπηρία, γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α).

Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων, θα γίνει ηλεκτρονική ενημέρωση (μέσω e-mail) του Ταμείου με ευθύνη του κυρίως μέλους.

ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΣΕΛΙΔΩΝ / ΕΝΤΥΠΩΝ / ΦΩΤΟΤΥΠΙΩΝ

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω δεδομένων είναι το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ, που εδρεύει στην Αθήνα, στα γραφεία του στην οδό Ακαδημίας 76 (Τ.Κ.10678, τηλ.2106400013). Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η ένταξη των αιτούντων στην ασφάλιση του Ταμείου και η διαχείριση της ασφαλιστικής τους σχέσης, σύμφωνα με το Άρθρο 4 του Καταστατικού αυτού (Υ.Ο.Δ.Δ.ΑΤ10/Φ51020/οικ.48286/802/11.11.2016/ΦΕΚΒ'3662), χωρίς τα οποία δε δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί.

Επιπρόσθετα, σας γνωρίζουμε ότι πέραν των ως άνω δεδομένων, θα υπόκεινται σε επεξεργασία συμπληρωματικά ευαίσθητα ή μη δεδομένα, τα οποία συλλέγονται από τα δικαιολογητικά όπως ορίζονται στον Οδηγό Μέλους και είναι απαραίτητα τόσο για την οικονομική όσο και την ιατρική εκκαθάριση περιστατικών προς ενδεχόμενη αποζημίωση, είτε αυτά υποβληθούν απευθείας από εσάς με αίτηση αποζημίωσης, είτε συλλεχθούν κατά τη νοσηλεία σας σε κλινική συμβεβλημένη με το TEA-ΥΠΟΙΚ.

Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι το TEA-ΥΠΟΙΚ καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που έχει σύμβαση με το Ταμείο και έχει εξουσιοδοτημένα αναλάβει τη διαχείριση του μητρώου Μελών και των πρόσθετων παροχών υγείας των Μελών του Ταμείου.

Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού και αντίρρησης επεξεργασίας, φορητότητας και διαγραφής των δεδομένων που τους αφορούν βάσει των αρ. 12 και 13 του ν. 2472/1997, όπως αυτά ισχύουν. Τέλος, έχουν το δικαίωμα καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr) εφόσον ο ασφαλισμένος θεωρεί ότι προσβάλλεται ο ίδιος και τα δικαιώματά του με οποιονδήποτε τρόπο.

Μετά την υποβολή της αίτησης προς το Ταμείο, αυτή θα εξεταστεί από το Διοικητικό Συμβούλιο του TEA-ΥΠΟΙΚ και μετά την έγκρισή της θα σας αποσταλεί με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο η σχετική απόφαση με τον Αριθμό Μητρώου σας.

Η απώλεια της ιδιότητας του μέλους του TEA-ΥΠΟΙΚ καθώς και το δικαίωμα διαγραφής ρυθμίζεται στο άρθρο 5 του Καταστατικού του Ταμείου. Ειδικά, για το δικαίωμα διαγραφής, η παρ. 2 του άρθρου 5 του Καταστατικού παραπέμπει στη παρ. 10 του άρθρου 7 του Ν. 3029/2002 περί επαγγελματικών ταμείων, που ορίζει ότι ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να ζητήσει τη διαγραφή του από το Ταμείο εφόσον έχει ελάχιστο χρόνο ασφάλισης τουλάχιστον ενός (1) έτους.

Παρακαλούμε, όπως ανατρέξετε για επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, νομιμοποιητική χρήση, το σκοπό, τη φύση της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων, το χρόνο διατήρησης, τους αποδέκτες και την πολιτική προστασίας αυτών καθώς και για τα δικαιώματά σας στο Ενημερωτικό Έντυπο, προσανατολισμένο στις επιταγές του Γενικού Κανονισμού της Ε.Ε. 2016/679, που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.teaypoik.gr/>.

Σημειωτέον ότι, σε περίπτωση μη αποδοχής από το υποκείμενο των δεδομένων των ανωτέρω όρων της αίτησης ή μεταγενέστερης χρήσης του δικαιώματος ανάκλησης συγκατάθεσης, αυτό θα συνεπάγεται αυτόματα τη μη ένταξη του ως μέλος στο Ταμείο και την μη έναρξης ασφάλισης σε αυτό ή την διακοπή του ασφαλιστικού του βίου αντίστοιχα.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (δηλ. συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση και οποιαδήποτε περαιτέρω χρήση αυτών), μέσω της παρούσας αίτησης και του ενημερωτικού εντύπου στην ιστοσελίδα του Ταμείου.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.
- Συναινώ στην τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα μου σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- Συναινώ στην έκδοση πλαστικής κάρτας ασφαλισμένου μέλους TEA-ΥΠΟΙΚ με αναγραφή σε αυτήν του ονοματεπώνυμου και του Α.Μ. μου.
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε 2016/679) για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ, που αφορούν εμένα και προκύπτουν από την παρούσα αίτηση ή και συμπληρωματικών δεδομένων που δύναται να λάβει το Ταμείο μελλοντικά και είναι απαραίτητα τόσο για την ένταξη μου στο Ταμείο και για τη λειτουργία της όλης ασφαλιστικής μου σχέσης με το Ταμείο (όπως αυτή καθορίζεται τόσο από το Καταστατικό, όσο και από το κάθε φορά ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων) όσο και για την οικονομική και ιατρική εκκαθάριση περιστατικών προς ενδεχόμενη αποζημίωση, από το TEA-ΥΠΟΙΚ, καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που δυνάμει σύμβασης με το Ταμείο έχει αναλάβει τη διαχείριση των πρόσθετων παροχών υγείας των Μελών του Ταμείου.

ΟΔΗΓΙΕΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Η υποβολή της αίτησης θα γίνεται στην έδρα του Ταμείου αυτοπροσώπως, ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή ή ηλεκτρονικά στο email: teaypoik@gmail.com

- Η συμπλήρωση της αίτησης να γίνει **ΜΟΝΟ** με κεφαλαία.
- Η ημερομηνία γέννησης να γίνει με **8 αριθμούς** (π.χ.03/09/1960).
- Σε περίπτωση μεταβολής κάποιου στοιχείου, **ΜΕΤΑ** την αρχική αίτηση, συμπληρώνεται νέα **ΜΟΝΟ** με τα στοιχεία που έχουν μεταβληθεί και τον Αριθμό Μητρώου του κυρίως μέλους. Τότε σημειώνουμε **ΝΑΙ** στο πεδίο «Μεταβολή» (πρώτη σελίδα, πάνω δεξιά).
- Τα βασικά στοιχεία συζύγου συμπληρώνονται **ΜΟΝΟ** στην περίπτωση που ο/η σύζυγος **ΔΕΝ** είναι δικαιούχος σαν κυρίως μέλος του TEA-ΥΠΟΙΚ. Σε περίπτωση που ο/η σύζυγος **ΕΙΝΑΙ** δικαιούχος σαν κυρίως μέλος στο TEA-ΥΠΟΙΚ, τότε θα πρέπει να συμπληρωθούν **ΜΟΝΟ** τα στοιχεία Μισθοδοσίας του/της Συζύγου. Τα λοιπά στοιχεία συζύγου (π.χ. ονοματεπώνυμο κ.λπ.) θα αναγράφονται στην αίτηση ένταξης του/της συζύγου ως κυρίως μέλους.
- Θα συμπληρωθούν τα στοιχεία των τέκνων ηλικίας έως και 25 ετών ή ανεξαρτήτως ηλικίας με αναπηρία 67% και άνω. Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που και οι δύο σύζυγοι είναι δικαιούχοι ως κυρίως μέλη, τότε τα στοιχεία των μεταξύ τους τέκνων που είναι εξαρτώμενα μέλη του Ταμείου, θα πρέπει να συμπληρώνονται **μόνο σε μία από τις αιτήσεις του πατέρα κυρίως μέλους ή της μητέρας κυρίως μέλους (κατ' επιλογή).**

Υπογραφή κυρίως μέλους

Υπογραφή συζύγου

Υπογραφές ενήλικων τέκνων

(τόπος και ημερομηνία υπογραφής)