

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN**TEA INTERAMERICAN - ΝΠΙΔ****ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

Συμπληρώνεται από το Ταμείο

Α.Μ. TEA INTERAMERICAN

Εγκρίνεται

Ημερομηνία Έγκρισης

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	
		ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΤΕ <i>σημειώστε με X την επιλογή σας</i>	1	ΙΚΑ	Α.Μ.Κ.Α.
	2	ΤΣΜΕΔΕ	
	3	ΤΣΑΥ	ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΗΣ ΥΠΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
	4	ΝΟΜΙΚΩΝ	
ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ <i>σημειώστε με X την επιλογή σας</i>	1	Ζ ΩΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΤΟΝ ΟΜΙΛΟ
	2	ΖΗΜΙΩΝ	
	3	ΥΓΕΙΑΣ	
	4	ΜΕΝΤΩΡ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΤΟΝ ΟΜΙΛΟ <i>Αναγράφεται στο δελτίο μισθοδοσίας σας</i>
	5	ΙΝΤΕΡΑΣΣΙΣΤΑΝΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	
	6	ΒΟΗΘΕΙΑΣ	
	7	ΙΝΤΕΡΝΤΑΤΑ	
	8	ΙΝΤΕΡΑΣΣΙΣΤΑΝΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	
	9	FINANCE	

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΠΟΛΗ		Τ.Κ	
ΤΜΗΜΑ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΣΤΑΘ.)	
E-mail (εταιρικό)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝ.)	

ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΠΟΛΗ		Τ.Κ	
E-mail (προσωπικό)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΣΤΑΘ.)	
		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝ.)	

Παρακαλώ όπως η αλληλογραφία μου αποστέλλεται στην :

παρούσα επαγγελματική διεύθυνση

παρούσα διεύθυνση κατοικίας

σημειώστε με X την επιλογή σας

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων του ΤΑΜΕΙΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN (TEA INTERAMERICAN) τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα. Με την παρούσα αίτηση ζητώ την εγγραφή μου ως μέλους στο TEA INTERAMERICAN και επισυνάπτο σε φωτοτυπία τις δύο όψεις του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας και φωτοτυπία εγγράφου Δημόσιας Υπηρεσίας που βεβαιώνει το ΑΦΜ μου. Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων θα προβώ σε άμεση έγγραφη ενημέρωση του Ταμείου με ευθύνη μου.

Σύνολο συνημμένων Σελίδων / Εντύπων :

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΟΥ ΤΕΑ INTERAMERICAN

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω δεδομένων είναι το TEA INTERAMERICAN που εδρεύει στην Αθήνα, Λεωφόρος Συγγρού 124-126 (ΤΚ 11780, τηλ. 210-94.61.094). Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η ένταξη των αιτούντων στο TEA INTERAMERICAN, σύμφωνα με τους σχετικούς όρους ένταξης του Καταστατικού αυτού (Φ.Ε.Κ. 1279 – 6/8/2010) χωρίς τα οποία δεν δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί.

Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι το TEA INTERAMERICAN καθώς και η εκάστοτε εταιρία που υποστηρίζει μηχανογραφικά, επενδυτικά, λογιστικά και αναλογιστικά το Ταμείο.

Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για τα δεδομένα που τους αφορούν των αρ. 12 και 13. του ν. 2472/1997, όπως αυτά ισχύουν

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΕΑ INTERAMERICAN		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	

**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ
ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN**

Ο/Η υπογράφων/ουσα

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :

δηλώνω ότι επιλέγω τη δυνατότητα καταβολής προσωπικών εισφορών στο **ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN** και εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου να παρακρατεί από την 1η (μήνας)_____ (έτος)_____ και κάθε μήνα (14 φορές ετησίως), από το μισθό μου, ποσό, ίσο με το ποσό της προσωπικής εισφοράς μου, όπως την ορίζω παρακάτω, καθώς επίσης και το ποσό των € 2 (δύο) ευρώ για συνδρομή μου στο TEA INTERAMERICAN .

Επιλέγω η προαιρετική προσωπική εισφορά μου να αντιστοιχεί σε ποσοστό:

- 0% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 1% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 2% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 3% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 4% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 5% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 6% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 7% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 8% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 9% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου
- 10% του Μηνιαίου Ασφαλισμένου μισθού μου

Επίσης, εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου να παρακρατά για λογαριασμό μου την πιο πάνω προαιρετική εισφορά και να την αποδίδει για λογαριασμό μου στο **ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN** Σημειώσεις :

- Παρακαλώ σημειώστε με το ποσοστό της προαιρετικής προσωπικής εισφοράς που επιλέγεται.
- Κάθε μέλος που έχει ενταχθεί στο Ταμείο έχει δικαίωμα αλλαγής του ποσού της προσωπικής του εισφοράς με γραπτή δήλωση που θα καταθέσει στην Εταιρία οποιαδήποτε στιγμή του έτους.

(Τόπος – Ημερομηνία)

(Υπογραφή
ασφαλιζομένου)

Προς το:

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN
ΕΔΡΑ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 124-126, 117 82, ΑΘΗΝΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Ο υπογράφων/Η υπογράφουσα

Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα
---------------	--------------

Με το παρόν ορίζω δικαιούχους σε σχέση με τα δικαιώματά λόγω της συμμετοχής μου στο ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ INTERAMERICAN τους παρακάτω αναφερομένους :

A. ΚΥΡΙΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ

1	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. Γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
2	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
3	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής

B. ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ

1	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
2	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
3	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & Τηλέφωνο	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής

Τόπος - Ημερομηνία

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Σχετικά με τον ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ προβλέπονται τα εξής:

- Σε περίπτωση που αναφέρονται περισσότεροι του ενός κύριοι δικαιούχοι και δεν ορίζονται ποσοστά διανομής του μέλους, η διανομή γίνεται σε ίσα μερίδια.
- Κύριος δικαιούχος χάνει τα δικαιώματά του αν πεθάνει ταυτόχρονα ή πριν από το μέλος οπότε αυτά μεταβιβάζονται στους υπόλοιπους κύριους δικαιούχους.
- Αν κατά τον θάνατο του ασφαλιζομένου δεν επιζεί κανένας κύριος δικαιούχος τη θέση τους παίρνουν οι υποκατάστατοι δικαιούχοι.
- Αν έχουν ορισθεί σαν δικαιούχοι οι νόμιμοι κληρονόμοι του μέλους, το ασφάλισμα καταβάλλεται σ' αυτούς που θα καλούνταν στην κληρονομιά του σύμφωνα με τους κανόνες της «εξ αδιαθέτου διαδοχής», ανεξάρτητα από το αν γίνουν πράγματι ή όχι κληρονόμοι (π.χ. λόγω αποποίησης ή λόγω διαδοχής εκ διαθήκης).