

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

IBAN ΤΡΕΧΟΥΜΕΝΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

G	R																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ε.Τ.Ε. ΘΑΝΟΝΤΟΣ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Κ.Α.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

A.M.K.A. : _____

A.Φ.Μ. : _____ ΔΟΥ _____

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.: _____

ΠΟΛΗ: _____ Τ.Κ.: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ Τ/Φ : _____

ΑΡΙΘΜ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΑΣΤΥΝ.ΤΜΗΜΑ : _____

Ημερ/νία αποχώρησης ή θανάτου _____

ΠΡΟΣΜΕΤΡΗΤΕΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΕΞΑΓΟΡΑΣΩ
	ΕΤΗ ΜΗΝΕΣ ΜΕΡΕΣ
<input type="checkbox"/> ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΣΤΡΑΤΕΥΣΗΣ	_____
<input type="checkbox"/>	_____

ΑΙΤΗΣΗ

Προς το Ταμείο Αυτασφαλείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος

Κύριε Πρόεδρε,
Έχοντας λάβει γνώση των διατάξεων του Κανονισμού του Ταμείου, όπως ισχύουν, τις οποίες και έχω αποδεχθεί ανεπιφύλακτα, παρακαλώ να εγκρίνετε την καταβολή της εφάπαξ παροχής που δικαιούται ο υπ'εμού εκπροσωπούμενος ως ασκών τη γονική μέριμνα

δικαιούχου τέκνου της αποβιώσασης ασφαλισμένης σας

Επίσης να εγκρίνετε την προσμέτρηση με εξαγορά στο χρόνο ασφάλισης της ως άνω ασφαλισμένης σας του χρόνου που σημειώνω με X παρακάτω.

Σας παρέχω την ανέκκλητη, ως αφορώσα και το συμφέρον σας, πληρεξουσιότητα και εντολή, οι οποίες θα ισχύουν και στις περιπτώσεις των άρθρων 223 και 726 ΑΚ, να παρακρατήσετε από την εφάπαξ παροχή που θα δικαιούτο να λάβει, κάθε ποσό οφειλής προς το Ταμείο σας που θα προκύψει από την παρακάτω προσμέτρηση, καθώς και κάθε άλλη τυχόν οφειλή της ως άνω ασφαλισμένης από οποιαδήποτε αιτία, έστω και μη ληξιπρόθεσμη, είτε προς το Ταμείο σας είτε προς την Τράπεζα είτε προς τον Λογαριασμό Επικουρήσεως είτε προς το Ταμείο Υγείας Προσωπικού Ε.Τ.Ε, και να το αποδώσετε σε πίστωση των οφειλών αυτών.

Το τελικό ποσό εφάπαξ παροχής, αφού από αυτό προηγουμένως αφαιρεθούν και παρακρατηθούν κατά τα ανωτέρω τυχόν υφιστάμενες οφειλές, παρακαλώ να καταβληθεί με πίστωση του λογαριασμού αρ. που τηρείται στο Κατάστημα της ΕΤΕ, του οποίου είμαστε δικαιούχοι, η πίστωση δε αυτή συνιστά πλήρη εξόφληση της εφάπαξ παροχής προς το δικαιούχο ανήλικο τέκνο της ασφαλισμένης σας.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ ανέκκλητα την Τράπεζα να αναλάβει και να αποδώσει στο Ταμείο από τον εν λόγω λογαριασμό κάθε ποσό που τυχόν πιστωθεί εκ λάθους επιπλέον του δικαιουμένου όπως επίσης και να χορηγήσει στο Ταμείο κάθε πληροφορία από το μητρώο του ανωτέρω ασφαλισμένου που να αφορά τη μη συνδρομή της περιπτώσεως του άρθρου 5 του Κανονισμού στο πρόσωπο του, στη διαβίβαση της οποίας από την πρώτη ως την δεύτερη συναινώ ρητώς.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

Α.Μ.Κ.Α. : _____

Α.Φ.Μ. : _____ ΔΟΥ _____

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.: _____

ΠΟΛΗ: _____ Τ.Κ.: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ Τ/Φ : _____

ΑΡΙΘΜ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΑΣΤΥΝ.ΤΜΗΜΑ : _____

Αθήνα, / /

Ο/Η Αιτ.....
