

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α./ΤΜΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ-  
ΕΣΟΔΩΝ/..... (\*)

**ΤΟΥ**

.....  
.....  
.....

Βερανζέρου 48  
ΑΘΗΝΑ – Τ.Κ. 10438

**Α.Δ.Τ.:**

**Α.Φ.Μ.:**

**Δ.Ο.Υ.:**

**Α.Μ.Κ.Α.:**

Παρακαλώ όπως μου επιστραφεί το ποσό των ..... €, το οποίο παρακρατήθηκε με την υπ' αριθ. .... /..... Απόφαση του Διευθυντή Ασφάλισης Παροχών Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. χορήγησης του δικαιούμενου εφάπαξ χρηματικού βοηθήματός μου.

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

Με την παρούσα αποστέλλεται:

**ΤΗΛ:**

Φ/φο IBAN Τραπεζικού Λογ/σμου  
(Εθνικής Τράπεζας).

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΔ\) \[GDPR EE2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.

Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο [www.teapasa.gr](http://www.teapasa.gr), ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) [dpo@teapasa.gr](mailto:dpo@teapasa.gr) ή στα τηλέφωνα του Τμήματος Ασφάλισης – Εσόδων (2105276761-4).

....., .....- .....- 202..

Ο / Η  
ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

(\*) Αναγράφεται ο Τομέας Πρόνοιας Τ.Π.ΑΣ., Τ.Π.Υ.Α.Π. & Τ.Π.Υ.Π.Σ./ ΤΑ.Π.Α.Σ.Α. , κατά περίπτωση.