

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΤΕΚΝΑ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .....

Α.Μ.Κ.Α.: .....

Α.Δ.Τ.: .....

Α.Φ.Μ.: .....

Δ.Ο.Υ.: .....

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

ΟΔΟΣ: .....

ΑΡΙΘ: ....., Τ.Κ.: .....

ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ: .....

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

EMAIL: .....

**IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: GR**.....

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ: .....

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

(απώλεια ζωής που αφορά διαζευγμένο μέλος, χωρίς τέκνα).

- Ληξιαρχική Πράξη θανάτου.
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου.
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Ληξιαρχική πράξη γάμου με καταχώριση στο περιθώριο αυτής, της λύσεώς του, είτε με δικαστική Απόφαση είτε με συμβολαιογραφική πράξη.
- Φωτοαντίγραφο/εκτύπωση IBAN τραπεζικού λογαριασμού ελληνικής τράπεζας με δικαιούχο τον/την αιτούντα/αιτούσα.

**ΠΡΟΣ**

**Τ.Α.Π.Α.Σ.Α.  
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ  
Βερανζέρου 48, Αθήνα, Τ.Κ.: 104-38**

Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή, όπως προβλέπεται από το εδάφιο α', περίπτωση II, του άρθρου 5 της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763/03-07-2019):

Ποσό ύψους δύο χιλιάδων ευρώ (2.000,00 €).

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το Τ.Α.Π.Α.Σ.Α., **συναινώ και παρέχω** την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπήτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο [www.tapasa.gr](http://www.tapasa.gr) ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: [dpo@tapasa.gr](mailto:dpo@tapasa.gr)

.....  
(τόπος) (ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....