



ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

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

ΤΗΛ. 2106400013 - email: info@teaypoik.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

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

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 (υποχρεωτικό) |
| | | | |

Αριθμός Μητρώου Φορέα Κύριας Ασφάλισης για Περίθαλψη

| | |
|--------------|-------|
| ΕΟΠΥΥ ή άλλο | ΑΜΚΑ |
| | |

Στοιχεία Μισθοδοσίας

| | |
|-------------|--------------------------|
| Αρ. Μητρώου | Υπηρεσία Οργανικής Θέσης |
| | |

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ

| | |
|--|---|
| Έτος πρόσληψης στον σημερινό Εργοδότη | Έτος πρώτης υπαγωγής σε Φορέα Κοιν. Ασφ. Κύριας Συνταξιοδότησης |
| | |
| Λαμβάνω σύνταξη από Κ.Φ.Α. (εφόσον ΝΑΙ να συμπληρωθεί) | Δεν λαμβάνω σύνταξη από Κ.Φ.Α. (εφόσον ΝΑΙ να συμπληρωθεί) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 εξαρτωμένων μελών αυτά θα πρέπει να δηλωθούν κατωτέρω)

Δεν επιθυμώ την ασφάλιση μου στο Κλάδο

B1. 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 | |
| | | |

B2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

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

| | |
|--------------------|-----------------|
| Αρ. Μητρώου | Υπηρεσία |
| | |

B3. 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.Α.ΑΤ10/Φ51020/οικ.48286/802/11.11.2016/ΦΕΚ Β' 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:

- Φωτοτυπία τελευταίου εντύπου μισθοδοσίας κυρίως μέλους.
 - Φωτοτυπίες (2 όψεις) Δελτίων Ταυτοτήτων κυρίως μέλους & εξαρτωμένων μελών.
 - Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
 - Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης (για εξαρτώμενο μέλος που υπηρετεί).
 - 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

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 ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ.

Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι το ΤΕΑ-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 α) οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για τα δεδομένα που τους αφορούν, β) τα δεδομένα που τηρούνται από το Ταμείο, τηρούνται με αποκλειστικό σκοπό την εκπλήρωση των παροχών στο πλαίσιο της καταστατικής δράσης του Ταμείου, γ) τα δεδομένα αυτά διαβιβάζονται στα ως άνω τρίτα πρόσωπα (διαχειριστές μελών του Ταμείου) με μοναδικό σκοπό την εκκαθάριση περιστατικών ή/και τη διαχείριση του μητρώου Μελών, δ) το Ταμείο και τρίτα πρόσωπα, στα οποία διαβιβάζονται δεδομένα τηρούν και εφαρμόζουν συστήματα διαδικασιών καθώς και τεχνικά συστήματα ασφαλείας, από τα οποία εξασφαλίζεται η προστασία δεδομένων, ε) το σύνολο των προσωπικών δεδομένων αυτών των ασφαλισμένων διαγράφονται μετά την πάροδο είκοσι (20) ετών και την καταβολή οιασδήποτε παροχής ή από την καθιονδήποτε τρόπο οριστικής παύσης της σχέσης του ασφαλισμένου με το Ταμείο. Το χρονικό διάστημα της τήρησης είναι εύλογο για λόγους παραγραφής αξιώσεων και ευθύνης του Ταμείου έναντι τρίτων. Μετά την πάροδο της περιόδου αυτής τα δεδομένα καταστρέφονται στ) οι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα ανά πάσα στιγμή να ζητήσουν αντίγραφο των τηρηθέντων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς και τη διαβίβαση αυτών σε τρίτο πρόσωπο ή φορέα που θα υποδείξουν. ζ) Ο ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα αναφοράς προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων του Ταμείου εφόσον θεωρεί ότι προσβάλλεται ο ίδιος και τα δικαιώματά του με οποιονδήποτε τρόπο. Εάν η αναφορά αυτή δεν εξεταστεί ή η προσβολή δεν αποκατασταθεί δικαιούται να προβεί σε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr).

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.teapoik.gr/>.

Μετά την υποβολή της αίτησης προς το Ταμείο, αυτή θα εξεταστεί από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ και μετά την έγκρισή της θα σας αποσταλεί με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σχετική ενημέρωση.

Η απώλεια της ιδιότητας του μέλους του ΤΕΑ-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.

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 έναρξη ασφάλισης σε αυτό ή την διακοπή του ασφαλιστικού του βίου αντίστοιχα, δεδομένου του ότι η τήρηση των σχετικών δεδομένων και η διαβίβαση αυτών στους ως άνω φορείς-τρίτα πρόσωπα συμβαλλόμενα με το Ταμείο (διαχειριστές μελών του Ταμείου).

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.
- 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 (όπως ενδεικτικώς αναφέρονται ανωτέρω) 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 και από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων), από το ίδιο το Ταμείο και από τρίτα πρόσωπα στα οποία διαβιβάζονται τα δεδομένα αυτά βάσει σύμβασης αυτών με το Ταμείο (διαχειριστής μητρώου, διαχειριστής πρόσθετων παροχών υγείας, συμβεβλημένα κέντρα περίθαλψης και αποκατάστασης κλπ) επί τω τέλει της εξυπηρέτησης της ασφαλιστικής σχέσης και για την οικονομική και ιατρική εκκαθάριση περιστατικών προς ενδεχόμενη αποζημίωση, από το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ.
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου για τη διαβίβαση των ως άνω δεδομένων στα πρόσωπα (διαχειριστής μητρώου, διαχειριστής πρόσθετων παροχών υγείας, συμβεβλημένα κέντρα περίθαλψης και αποκατάστασης κλπ) για τους πιο πάνω αναφερόμενους λόγους.

Υπογραφή κυρίως μελών

Υπογραφή συζύγου

Υπογραφές ενήλικων τέκνων

(τόπος και ημερομηνία υπογραφής)