

Α Ι Τ Η Σ Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΕΙΣΦΟΡΩΝ

Α.Μ. :

Επώνυμο :

Όνομα :

Πατρώνυμο :

Α.Δ.Τ. :

Διεύθυνση :

.....
(οδός – αριθμός – πόλη – Τ.Κ.)

Τηλέφωνο Σταθερό:

Τηλέφωνο Κινητό:

Email:

Α.Φ.Μ. :

Α.Μ.Κ.Α. :

.....201....

Προς το
Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού
Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας
και Άλλων Τραπεζών
Ευπόλιδος 8
Αθήνα – 10551

Κύριοι,

(Α) Σας γνωρίζω ότι εργάστηκα στις παρακάτω Τράπεζες και ασφαλίστηκα στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ ως εξής :

1. Τράπεζααπόέως

Α.Μ.

2. Τράπεζααπόέως

Α.Μ.

(Β) Επειδή έχει διακοπεί οριστικά η ασφάλισή μου στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ από...../...../.....,

εξαιτίας λύσης της σύμβασης εργασίας μου με την Τράπεζα.....

.....μέσω της οποίας ήμουνα ασφαλισμένος στο ταμείο, λόγω:

α) οικειοθελούς παραίτησης ☐

β) οικειοθελούς παραίτησης λόγω εφαρμογής προγράμματος εθελούσιας εξόδου ☐

γ) καταγγελίας της σύμβασης εργασίας ☐

δ)..... ☐ ,

παρακαλώ να μου επιστρέψετε τις ατομικές μου εισφορές, όπως αυτές προσδιορίζονται και υπολογίζονται βάσει των διατάξεων του άρθ. 62 παρ. 1 εδάφιο 2 του ισχύοντος καταστατικού .

(Γ) Σας επισυνάπτω:

- Φ/Α ταυτότητας
- Βεβαίωση Τράπεζας /ων (κατόπιν υποβολής αίτησης στην Τράπεζα)

(Δ) Επίσης, δηλώνω, με την ελεύθερη και αβίαστη βούληση μου, ότι **δεν επιθυμώ** να κάνω χρήση της Διαδοχικής Ασφάλισης **και αποδέχομαι, ρητά και ανεπιφύλακτα**, ότι με την εξόφληση της ως άνω απαίτησης, παραιτούμαι ανεπιφύλακτα κάθε συνταξιοδοτικού μου δικαιώματος και κάθε άλλης αξίωσής μου κατά του ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.

Να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια Δημόσια αρχή, εφόσον η υποβολή της αίτησης δεν γίνεται με την αυτοπρόσωπη παρουσία του/ης αιτούντος/σης στο Ταμείο.

Αποκλειστικά για τη διεκπεραίωση της παρούσης ΠΑΡΕΧΩ τη ρητή συγκατάθεσή μου στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, μέχρι την ολοκλήρωση του αιτήματός μου.

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα
