

Δικαιολογητικά Συνταξιοδότησης για το TAPILAT-AT

1) **Αίτηση στο Ταμείο για συνταξιοδότηση και υπεύθυνη δήλωση ασφαλισμένου.**

Η αίτηση πρέπει να υποβληθεί εντός διμήνου από την ημερομηνία αποχώρησης για την άμεση έναρξη της συνταξιοδότησης. Μετά την παρέλευση του διμήνου η έναρξη συνταξιοδότησης αρχίζει από την πρώτη του επόμενου μήνα από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης.

2) **Βεβαίωση αποχώρησης από τη Τράπεζα**

3) **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (ισχύς, 6/μηνο από την έκδοση).**

4) **Φωτοτυπία ταυτότητας και από τις δύο όψεις, επικυρωμένη.**

5) **Αντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος** της εφορίας του τελευταίου φορολογικού έτους.

6) **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (αναζήτηση από www.amka.gr ή από ΚΕΠ).

7) **Εξουσιοδότηση από το κατάστημα που τηρείτε τον λογαριασμό σας** στην ALPHA BANK, για τη μηνιαία πίστωση του βοηθήματος.

➤ Σε περίπτωση που δεν τηρείται λογαριασμός, θα πρέπει απαραιτήτως ο ασφαλισμένος να ανοίξει λογαριασμό στην ALPHA BANK της περιοχής του.

➤ Παράλληλα με την εξουσιοδότηση, η Τράπεζα θα επισυνάπτει απαραιτήτως, την ταυτότητα του λογ/σμού μέσω ON LINE (IBAN)

8) **Επικυρωμένη απόφαση συνταξιοδότησης (προσωρινή ή οριστική) κύριου ή επικουρικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης με νομική μορφή Ν.Π.Δ.Δ.** (το συγκεκριμένο έντυπο το καταθέτετε μεταγενέστερα από τα παραπάνω δικαιολογητικά)

➤ Στη περίπτωση όπου λάβετε προσωρινή απόφαση συνταξιοδότησης θα προσκομίσετε αντίγραφο και της αίτησης απονομής σύνταξης του Κύριου Φορέα (στην οποία φαίνεται ο χρόνος ασφάλισής σας) καθώς και το έντυπο του ταμείου μας «Υπεύθυνη Δήλωση Ασφαλισμένου Συντάξιμου Χρόνου» που θα βρείτε συνημμένο στα δικαιολογητικά μας.

➤ Στη περίπτωση όπου λάβετε οριστική απόφαση συνταξιοδότησης από τον Κύριο Φορέα απλά προσκομίζετε στο ταμείο μας το έντυπο της απόφασης.

ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΟΝΤΑΙ Τ' ΑΚΟΛΟΥΘΑ :

➤ Σύμφωνα με το Καταστατικό του Ταμείου, μετά την αποχώρηση από την ενεργό υπηρεσία και με την κατάθεση της αίτησης συνταξιοδότησης, τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να υποβάλλονται **πρωτότυπα ή επικυρωμένα.**

➤ Σε περίπτωση αλλαγής οικογενειακής κατάστασης, Διεύθυνσης κατοικίας, Δ.Ο.Υ, αριθμού τραπεζικού λογαριασμού, ή παροχής εργασίας ή απασχόλησης με οποιουδήποτε είδους σύμβαση (π.χ. εξαρτημένης εργασίας, ανεξάρτητων υπηρεσιών αορίστου ή ορισμένου χρόνου κ.α.) σε οποιοδήποτε εργοδότη ή αυτοαπασχόλησης με οποιαδήποτε μορφή ή σχέση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος κ.λπ. οφείλετε **να ενημερώσετε άμεσα** το Ταμείο μας, με τη συμπλήρωση και υποβολή σ' αυτό της αντίστοιχης δήλωσης.

➤ **Σας ενημερώνουμε επίσης ότι:**

▪ Οφείλετε εφόσον εκδοθεί για οποιαδήποτε αιτία, τροποποιητική απόφαση συνταξιοδότησης από τον Κύριο Φορέα (προσωρινή ή οριστική) να υποβάλλετε άμεσα επικυρωμένο αντίγραφο στο Ταμείο.

Υ.Γ: Τα δικαιολογητικά συνταξιοδότησης υποβάλλονται **ΜΕΤΑ** την αποχώρηση από την ενεργό υπηρεσία και με ημερομηνία **ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ** της αποχώρησης.

ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΤΕ ΚΑΙ ΣΤΟ WEBSITE ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ: www.tapiltat.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Μετά από Αποχώρηση μου από την Τράπεζα την..... λόγω:

Παραίτησης ☐ Γήρατος ☐ Αναπηρίας ☐ Καταγγελίας σύμβασης⁽⁴⁾ ☐

1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ :
2. ΕΠΩΝΥΜΟ :
3. ΟΝΟΜΑ :
4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ :ΑΡΙΘΜΟΣ :
ΠΟΛΗ : ΠΕΡΙΟΧΗ : Τ.Κ. :
5. ΤΗΛΕΦΩΝΑ : ΟΙΚΙΑΣ :, ΚΙΝΗΤΟ :
EMAIL:
6. Α. Δ. Τ.:
7. ΑΦΜ :
8. Α Μ Κ Α :

Με τη παρούσα σας ενημερώνω ότι, την⁽¹⁾ αποχώρησα από την υπηρεσία της Τράπεζας⁽²⁾ λόγω⁽³⁾ Ως εκ τούτου, σας παρακαλώ για την απονομή της δικαιούμενης επικουρικής σύνταξης σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Καταστατικού του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ και των αποφάσεων του Δ.Σ., τις οποίες δηλώνω ότι γνωρίζω και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

(1): Αναφέρεται η ακριβής ημερομηνία αποχώρησης

(2): Αναφέρεται η ακριβής επωνυμία της Τράπεζας

(3): Αναφέρεται η αιτία αποχώρησης (Παραίτηση, Γήρατος, Αναπηρίας, Καταγγελίας σύμβασης).

(4): Σας ενημερώνω ότι εφόσον υφίσταται ή ανακύψει δικαστική διένεξη με την ως άνω Τράπεζα, αναλαμβάνω την υποχρέωση να σας ενημερώνω για την εξέλιξη, της εν λόγω δικαστικής διένεξης, εγγράφως υποβάλλοντας τα σχετικά δικόγραφα.

Επίσης, (παρακαλούμε επιλέξτε)

Δηλώνω ότι επιθυμώ : ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

να κάνω χρήση των σχετικών διατάξεων περί **Διαδοχικής Ασφάλισης (Ν. 1405/1983)** και σας αναφέρω παρακάτω στοιχεία των εργοδοτών μου καθώς και ιστορικό της Επικουρικής μου Ασφάλισης.

α/α	Επωνυμία Εργοδότη	Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης	Περίοδος Υπαγωγής (μήνας/Έτος)	
			Από	Έως
1				
2				
3				
4				

Έχετε εργαστεί ή εργάζεστε μετά την διακοπή της ασφάλισής σας στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ:

☐

A) Εργάσθηκα η Εργάζομαι στον εργοδότη.....
από, έως

☐

B) Δεν εργάσθηκα η δεν εργάζομαι σε οποιονδήποτε άλλο εργοδότη.

Σε περίπτωση που παρέχω εργασία η απασχόληση με οποιουδήποτε είδους σύμβαση (π.χ. εξαρτημένης εργασίας, ανεξάρτητων υπηρεσιών αορίστου η ορισμένου χρόνου, γραπτή, προφορική, υποκρυπτόμενη, έργου η αυτοαπασχολούμαι με οποιαδήποτε μορφή και σχέση ή ασκώ ελεύθερο επάγγελμα **οφείλω να ενημερώσω άμεσα το ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ. (άρθρ. 53 καταστατικού).**

Δηλώνω επίσης ότι, ενημερώθηκα, λεπτομερώς, από το Ταμείο για τους εξής όρους και προϋποθέσεις που σχετίζονται με την απονομή της αιτούμενης επικουρικής σύνταξης, σε περίπτωση που δικαιωθώ αυτής:

Να γνωστοποιώ άμεσα στο ταμείο (με την ταυτόχρονη προσκόμιση και των απαραίτητων αντίστοιχων στοιχείων, πράξεων, βεβαιώσεων, πιστοποιητικών κ.λπ.), κάθε μεταβολή στην προσωπική, οικογενειακή, φορολογική και ασφαλιστική τους κατάσταση, (σε κάθε περίπτωση το αργότερο μέσα σ' ένα δίμηνο από την ημερομηνία επέλευσης της μεταβολής), η οποία σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες καταστατικές ρυθμίσεις επιφέρει διακοπή, μείωση ή αναστολή της συντάξεως ή οποιαδήποτε άλλη αλλαγή σ' αυτή.

Να γνωστοποιώ γραπτά στο ταμείο την οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας και αριθμού τηλεφώνου τους, το αργότερο μέσα σ' έναν μήνα από την επελθούσα αλλαγή, καθώς και τις οποιεσδήποτε αλλαγές των στοιχείων ταυτότητας, φορολογικού μητρώου, Δ.Ο.Υ., αριθμού μητρώου φορέα κύριας ασφάλισης ή/και αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης κ.ά. στοιχείων που κάθε φορά είναι χρήσιμα για την οργάνωση, μηχανογράφηση, λειτουργία και διαχείριση του ταμείου.

Στην περίπτωση που εκδοθεί νέα απόφαση συνταξιοδότησης, από τον κύριο ασφαλιστικό μου φορέα, για οποιοδήποτε λόγο, αναλαμβάνω την υποχρέωση να την προσκομίσω άμεσα στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ.

Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιώ αμέσως στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ εγγράφως και με τα σχετικά δικαιολογητικά κάθε μεταβολή των παραπάνω στοιχείων .

Σε περίπτωση αρχικής ή μεταγενέστερης ψευδούς δηλώσεως ή μη έγκαιρης γνωστοποίησης στο Ταμείο οποιασδήποτε μελλοντικής αλλαγής επί των πιο πάνω στοιχείων, το Ταμείο επιφυλάσσεται για την λήψη κάθε νόμιμου μέτρου προστασίας των συμφερόντων του.

Για τη διεκπεραίωση της παρούσης ΠΑΡΕΧΩ τη ρητή συγκατάθεσή μου στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

(Θεώρηση)

(Τόπος-Ημερομηνία)

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

Να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια Δημόσια αρχή η από τις υπηρεσίες του Ταμείου (σε περίπτωση αυτοπρόσωπης προσέλευσης).

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Αποδεχόμενος/η όπως πιστώνεται ο επ' ονόματί μου λογαριασμός στην ALPHA BANK με τα ποσά των μηνιαίων συντάξεων, αναδρομικών, παροχών κ.λ.π. που δικαιούμαι, σας παρέχω με την παρούσα που κοινοποιώ και στην ALPHA BANK την ανέκκλητη, ως αφορώσα και το δικό σας συμφέρον πληρεξουσιότητα, όπως σε περίπτωση πιστώσεως κατόπιν εντολή σας, του επ' ονόματί μου λογαριασμού στην ALPHA BANK με ποσό που δεν μου οφείλετε (λόγω παραδρομής ή θανάτου ή λάθους της υπηρεσίας σας), να αναλαμβάνετε το ποσό αυτό ή να ζητείτε με εντολή σας προς την ALPHA BANK να πιστώνεται με το ανάλογο ποσόν ο λογαριασμός σας που τηρείτε σε αυτή χρεώνοντας αντίστοιχα τον παραπάνω λογαριασμό μου.

Η παρούσα πληρεξουσιότητά μου ισχύει και μετά τον θάνατό μου, η δε ALPHA BANK παραγγέλλεται να καταβάλει στο Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας και Άλλων Τραπεζών ή να φέρει σε πίστωση του λογαριασμού του με χρέωση του λογαριασμού μου ακόμα και μετά τον θάνατο μου, κάθε ποσό το οποίο ήθελε ζητήσει το ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ, ως αχρεωστήτως καταβληθέν σε μένα.

Αντίγραφο της παρούσης παρελήφθη από
το κατάστημα

.....
(Τόπος – Ημερομηνία)

Κωδικόςτης ALPHA BANK
Οι παραλαβόντες (2 υπογραφές)

Ο / Η Εξουσιοδοτ.....
(υπογραφή)

.....
Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής του/της

.....
ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ALPHA BANK

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ

ΟΝΟΜΑ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΕΩΣ :

(ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ)

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ :
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ALPHA BANK

.....
ΑΡΙΘΜΟΣ IBAN ΛΟΓ/ΣΜΟΥ ALPHA BANK

Για τη διεκπεραίωση της παρούσης ΠΑΡΕΧΩ τη ρητή συγκατάθεσή μου στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ για τη συλλογή
και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

Π Ρ Ο Σ Ο Χ Η : Παρακαλούνται οι λειτουργοί της Τράπεζας κάτω από τις υπογραφές
να θέτουν τις ατομικές τους σφραγίδες και να επισυνάπτουν
Α Π Α Ρ Α Ι Τ Η Τ Ω Σ και έντυπο IBAN μέσω Ο Ν Λ Ι Ν Ε
για επιβεβαίωση του/των δικαιούχου/ων του λογ/σμού .

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΥΝΤΑΞΙΜΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ-ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΑΞΙΜΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΥΡΙΟΥ ΦΟΡΕΑ/ΩΝ.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....του
.....σας δηλώνω ότι, ο συντάξιμος χρόνος ασφάλισης μου στον/ους Κύριο/ους
Ασφαλιστικό/ούς μου Φορέα/είς, την ημερομηνία κατά την οποία αποχώρησα από την υπηρεσία μου στην Τράπεζα
....., είναι όπως αναφέρεται στην..... βεβαίωση-
πιστοποιητικό συντάξιμου χρόνου η προσωρινή απόφαση Κ.Φ., που σας έχω προσκομίσει, από τον/ους κύριο/ους
ασφαλιστικό/ους μου φορέα/είς....., για την θεμελίωση δικαιώματος επικουρικής σύνταξης από το
Ταμείο σας, καθώς και στον από..... λογ/μό ασφαλισμένου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και στην από
Βεβαίωση εργοδότη.

Επίσης, δηλώνω ότι στην παραπάνω βεβαίωση – πιστοποιητικό συντάξιμου χρόνου :

ΔΕΝ περιλαμβάνεται :

Χρόνος παράλληλης ασφάλισης - Χρόνοι από εξαγορά π.χ. στρατού, σπουδών, γονικής αδείας κ.λ.π. - Χρόνος
ασφάλισης που διανύθηκε στην αλλοδαπή - Χρόνοι ασφάλισης που προκύπτουν από αναγνώριση χωρίς εξαγορά η
πλασματικοί χρόνοι που αναγνωρίζονται δωρεάν.

Περιλαμβάνεται :

Χρόνος παράλληλης ασφάλισης - Χρόνοι από εξαγορά στρατού, σπουδών, γονικής αδείας κ.λ.π.- Χρόνος
ασφάλισης που διανύθηκε στην αλλοδαπή - Χρόνοι ασφάλισης που προκύπτουν από αναγνώριση χωρίς
εξαγορά η πλασματικοί χρόνοι που αναγνωρίζονται δωρεάν.

Είδος χρόνου Ημέρες ασφάλισης.....

Είδος χρόνου Ημέρες ασφάλισης.....

Σε περίπτωση που ήθελε προκύψει εκ των υστέρων, ότι δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα ο αναφερόμενος
χρόνος ασφάλισης στην παραπάνω βεβαίωση/ πιστοποιητικό συντάξιμου χρόνου - λογ/μού ασφαλισμένου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ-
Βεβαίωση εργοδότη και στις τυχόν αποφάσεις εξαγορών χρόνου ασφάλισης, βάσει του οποίου θεμελιώθηκε το
δικαίωμα της μηνιαίας επικουρικής σύνταξης μου που μου απονεμήθηκε, δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των
συνεπειών του Νόμου περί ψευδούς δηλώσεως, ότι υποχρεούμαι να :

επιστρέψω εντόκως στο ΤΑΠΙΑΤ - ΑΤ τις τυχόν αχρεωστήτως καταβληθείσες συντάξεις.

**Για τη διεκπεραίωση της παρούσης ΠΑΡΕΧΩ τη ρητή συγκατάθεσή μου στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ για τη συλλογή και επεξεργασία των
προσωπικών μου δεδομένων**

(Θεώρηση)

(Τόπος-Ημερομηνία)

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Ονοματεπώνυμο)

**Σημείωση : Να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια Δημόσια αρχή η από τις υπηρεσίες του
Ταμείου (σε περίπτωση αυτοπρόσωπης προσέλευσης).**

Δεν υποβάλλεται σε περίπτωση Οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης Κύριου Φορέα.



ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 2016/679 ΕΕ¹

Από την 25.5.2018 εφαρμόζεται ο νέος Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, γνωστός ως GDPR, με τον οποίο ενισχύεται η προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

*Το **ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ** με σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα, εφαρμόζει τον νέο Κανονισμό για την επεξεργασία τους και σας ενημερώνει αναλυτικά.*

*Αποτελεί δέσμευση του **ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ** αφενός η τήρηση του απορρήτου και της ασφάλειας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ), τα οποία συλλέγονται κατά την ενάσκηση των καταστατικών του σκοπών και της εν γένει δραστηριότητάς του ως φορέας ασφάλισης (προαιρετικής), και αφετέρου η συμμόρφωσή του με τους εφαρμοστέους νόμους και κανονισμούς σχετικά με την επεξεργασία ΔΠΧ.*

Για το σκοπό παρακαλούμε να διαβάσετε την Πολιτική Απορρήτου του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ και τα δικαιώματά σας ως Υποκείμενα Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και κατόπιν να υπογράψετε την παρακάτω “ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΠΧ”.

Με τη ΔΗΛΩΣΗ αυτή παρέχετε τη ρητή συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία, συλλογή και αποθήκευση των προσωπικών σας δεδομένων για την εξυπηρέτηση των καταστατικών σκοπών του ΤΑΜΕΙΟΥ και την πλήρωση αυτών, προκειμένου να απολαμβάνετε ακολύτως τις παροχές αυτού.

¹ και της ισχύουσας εθνικής νομοθεσίας Ν. 4624/2019 όπως ισχύει.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ

Αποτελεί δέσμευση του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ αφενός η τήρηση του απορρήτου και της ασφάλειας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ) σας, τα οποία συλλέγονται κατά την ενάσκηση των καταστατικών του σκοπών και της εν γένει δραστηριότητάς του ως ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (προαιρετικής - αλληλοβοηθείας) και αφετέρου η συμμόρφωσή του με τους εφαρμοστέους νόμους και Κανονισμούς σχετικά με την επεξεργασία ΔΠΧ.

Η πολιτική προστασίας δεδομένων του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ βασίζεται στις ακόλουθες αρχές:

- ☐ Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων λαμβάνει χώρα με ένα νόμιμο, δίκαιο και διαφανή τρόπο.
- ☐ Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων πραγματοποιείται μόνο για καθορισμένους, σαφείς και νόμιμους σκοπούς και περαιτέρω δεν τυγχάνουν επεξεργασίας με τρόπο που είναι ασυμβίβαστος με τους σκοπούς αυτούς.
- ☐ Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων είναι επαρκής, σχετική και περιορισμένη σε αυτό το οποίο είναι απαραίτητο σε σχέση με τον σκοπό της επεξεργασίας.
- ☐ Τα προσωπικά δεδομένα θα πρέπει να είναι ακριβή και όπου απαραίτητο, επικαιροποιημένα.
- ☐ Προσωπικά δεδομένα τηρούνται σε μία μορφή που επιτρέπει ταυτοποίηση του υποκειμένου των δεδομένων για όχι μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που είναι απαραίτητο για το σκοπό της επεξεργασίας.
- ☐ Όλα τα προσωπικά δεδομένα μένουν εμπιστευτικά και αποθηκευμένα με τρόπο που διασφαλίζει την προστασία τους.
- ☐ Τα Προσωπικά δεδομένα δε διαβιβάζονται σε τρίτους εκτός εάν είναι απαραίτητο για το σκοπό της επεξεργασίας τους.
- ☐ Τα Υποκείμενα δεδομένων έχουν δικαίωμα να απαιτήσουν πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή προσωπικών δεδομένων, ή περιορισμό επεξεργασίας, ή να αντισταθούν στην επεξεργασία όπως επίσης και το δικαίωμα της φορητότητας δεδομένων, στο πλαίσιο υπεράσπισης των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των μελών του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ (ασφαλισμένων εργαζομένων και συνταξιούχων), δια των καταστατικών του σκοπών και εφαρμογής των κανόνων της εθνικής εννόμου τάξεως .

Όταν συμπληρώνετε προσωπικά στοιχεία σας όπως το ονοματεπώνυμό σας, τον αριθμό ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, οικογενειακή κατάσταση, τη διεύθυνση σας, ακόμα και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα (όπως υγείας, αναπηρίας κτλ) μέσω εντύπων, συμφωνείτε στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για το σκοπό, που αναφέρεται στη φόρμα /έντυπο που συμπληρώσατε.

Σε καμία περίπτωση τα προσωπικά σας στοιχεία δεν θα μεταφερθούν ή θα χρησιμοποιηθούν από οποιονδήποτε τρίτο.

Το **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ** έχει υιοθετήσει πολιτικές και έχει εφαρμόσει τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για να εξασφαλίσει ότι τα προσωπικά δεδομένα που συλλέγει προστατεύονται σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους περί ιδιωτικότητας και προστασίας δεδομένων.

Αυτά τα μέτρα ασφαλείας έχουν σχεδιαστεί για να αποτρέπουν την παράνομη πρόσβαση, την ακατάλληλη χρήση ή αποκάλυψη των δεδομένων, τη μη εξουσιοδοτημένη τροποποίηση και την παράνομη καταστροφή ή τυχαία απώλεια των προσωπικών σας δεδομένων.

Τα προσωπικά σας δεδομένα τηρούνται από το **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ** μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την πραγμάτωση των σκοπών επεξεργασίας σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους.

Δεν συλλέγουμε περισσότερα προσωπικά δεδομένα από όσα χρειαζόμαστε για την εκπλήρωση των σκοπών που αναφέρονται στην παρούσα πολιτική απορρήτου και δεν θα τα διατηρήσουμε για περισσότερο από το χρονικό εκείνο διάστημα που κρίνεται απαραίτητο για την εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου και του συνταξιούχου μέλους του **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ**, σύμφωνα με τους καταστατικούς σκοπούς του.

Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων

Τα δικαιώματά σας για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Ε.Ε. 679/2016) και στην εφαρμοστέα εθνική νομοθεσία, είναι τα ακόλουθα:

- Δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά σας δεδομένα που τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται το **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ**
- Δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών ή ανεπικαιρών δεδομένων που σας αφορούν ή συμπλήρωσης ελλειπών δεδομένων σας.
- Δικαίωμα διαγραφής δεδομένων σας από τα αρχεία του **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ** εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαίωμα περιορισμού της χρήσης δεδομένων σας σε περίπτωση που αμφισβητείτε την ακρίβειά τους.
- Δικαίωμα λήψης των δεδομένων που έχετε ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Η άσκηση των προαναφερομένων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, χωρίς κόστος, έγγραφης αίτησης στο **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ**.

Για οποιοδήποτε θέμα μπορείτε να απευθυνθείτε στο **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ**  **Ευπόλιδος 8 Αθήνα 10551**
 **2103240791**  **2103248004** <http://www.tapilat.gr> σε κάθε δε περίπτωση έχετε δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, το **ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ** θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης

ΑΦΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ ΤΟΥ ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΠΧ

ΠΑΡΕΧΩ σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016 και την ισχύουσα εθνική νομοθεσία) τη ρητή συγκατάθεσή μου και

ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ την επεξεργασία (συλλογή και αποθήκευση) προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση του καταστατικού σκοπού του ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ.

Τα δεδομένα αυτά μπορούν να αφορούν όνομα, επώνυμο, διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/ φαξ ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, στοιχεία οικογενειακής κατάστασης, στοιχεία ιατρικού αρχείου, στοιχεία αναπηρίας.

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης.

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Ε.Ε. 679/2016) και στην ελληνική νομοθεσία, όπως ισχύει και για οποιοδήποτε θέμα θα μπορώ να απευθυνθώ στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ 
Ευπόλιδος 8 Αθήνα 10551  2103240791  2103248004 <http://www.tapilat.gr> και σε κάθε δε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, το ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

ΑΘΗΝΑ

Ο ΔΗΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΤΩΝ

ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ