Αίτηση απόδοσης παροχής

Τα στοιχεία με (*) είναι υποχρεωτικά

Ατομικά στοιχεία μέλους

Επώνυμο (όπως στο δελτίο ταυτότητας) **(*)**

Όνομα (όπως στο δελτίο ταυτότητας) **(*)**

Personnel ID (Κωδικός εργαζομένου) **(*)**

Αίτηση (*) (1)

Αιτούμαι την καταβολή του ακέραιου της δικαιούμενης μου παροχής λόγω:

1. Συνταξιοδότηση γήρατος από φορέα κύριας ασφάλισης δημόσιου δικαίου ☐
2. Θάνατος ☐
3. Ολική/Μόνιμη Αναπηρία ☐
4. Συμπλήρωση υπηρεσίας 20 ετών στις Εργοδότριες Εταιρείες ☐
5. Συμπλήρωση της ηλικίας των 55 ετών ☐
6. Μεταφοράς σε διάδοχο ΤΕΑ ☐

Παρακαλώ η καταβολή της παραπάνω παροχής εφάπαξ να γίνει με κατάθεση:

Στον τραπεζικό λογαριασμό με IBAN:

(*) τραπέζης **(*)**

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά ανά περίπτωση (1)

1. Συνταξιοδότηση γήρατος από φορέα κύριας ασφάλισης δημόσιου δικαίου

Συνταξιοδοτική απόφαση Κύριου Φορέα επικυρωμένη από ΚΕΠ ή δικηγόρο

2. Θάνατος

i. Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών
ii. Ληξιαρχική πράξη θανάτου
iii. Πιστοποιητικό περί μη αποποίησης κληρονομικού δικαιώματος
iv. Πιστοποιητικό περί μη αμφισβήτησης κληρονομικού δικαιώματος
v. Πιστοποιητικό περί μη δημοσίευσης διαθήκης
vi. Αντίγραφο πρακτικού δημοσίευσης διαθήκης
vii. Πιστοποιητικό περί μη δημοσίευσης άλλης διαθήκης
viii. Κληρονομητήριο
ix. Πιστοποιητικό μη ανάκλησης ή τροποποίησης κληρονομητηρίου
x. Πιστοποιητικό από Εφορία σχετικά με μη οφειλή φόρου κληρονομιάς ή δωρεάς

3. Ολική/Μόνιμη Αναπηρία

Συνταξιοδοτική απόφαση Κύριου Φορέα επικυρωμένη από ΚΕΠ ή δικηγόρο

4. Συμπλήρωση υπηρεσίας 20 ετών στις Εργοδότριες Εταιρείες

Απαραίτητα έγγραφα από τα οποία προκύπτει η προϋπηρεσία (πρόσληψης, ασφάλισης, ΑΠΔ, Βεβαίωση Εργοδότη)

5. Συμπλήρωση της ηλικίας των 55 ετών

Πιστοποιητικό Γέννησης

6. Μεταφοράς σε διάδοχο ΤΕΑ

Βεβαίωση ένταξης του ασφαλισμένου στο διάδοχο ΤΕΑ

Το ΤΕΑ επιφυλάσσεται να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετα δικαιολογητικά, ανά περίπτωση.

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης Προσωπικού ACCENTURE - Ν.Π.Ι.Δ. τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Εξουσιοδοτώ ανεπιφύλακτα το ΤΕΑ να αποδέχεται τις εντολές μου με τη χρήση οποιασδήποτε διαδικασίας που ορίζεται έγγραφα από το ΤΕΑ ως αποδεκτής συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης ηλεκτρονικών μέσων όπως ιστοσελίδας ή τηλεομοιοτυπίας (fax).

Υπογραφή μέλους **(*)**	Τόπος και ημερομηνία αίτησης **(*)**	Υπογραφή εξουσιοδοτών ΤΕΑ **(*)**

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ACCENTURE - Ν.Π.Ι.Δ.
Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων είναι το ΤΕΑ , που εδρεύει στην Αθήνα, στην οδό Αρκαδίας 1, Κηφισιά (Τ.Κ. 145 64, 210 6781400, FAX: 210 6776405). Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η ένταξη των αιτούντων στην ασφάλιση του ΤΕΑ και η διαχείριση της ασφαλιστικής τους σχέσης. Αποδέκτες των σχετικών δεδομένων είναι ο εργοδότης σας ή / και άλλες εταιρείες του ομίλου ACCENTURE, συνεργαζόμενες επιχειρήσεις που έχουν αναλάβει τη διαχείριση της λειτουργίας του Ταμείου, καθώς και ελεγκτικές εταιρείες και οι εποπτικές Αρχές. Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για τα δεδομένα που τους αφορούν των αρ. 12 και 13 του ν. 2472/1997, όπως αυτά ισχύουν.