

211 1873069



info@eurolifetea.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΟΜΙΛΟΥ EUROLIFE FFH ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ Ν.Π.Ι.Δ. (εφεξής "Eurolife TEA")

Αφορά εργαζόμενους με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας αορίστου χρόνου, δικηγόρους με έμμισθη εντολή καθώς και τα μέλη των Διοικητικών Συμβουλίων των Χρηματοδοτούσων Εταιρειών του EurolifeTEA

Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου EurolifeTEA:

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ*

ΕΠΩΝΥΜΟ : ΟΝΟΜΑ : ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ : ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ :
...../...../.....
ΑΦΜ: Α.Μ.Κ.Α.:
.....

*Συμπληρώνονται υποχρεωτικά

Παρακαλώ επιλέξτε το πεδίο για το οποίο θέλετε να δηλώσετε μεταβολή

Συμπληρώνονται μόνο τα στοιχεία τα οποία αφορούν τη μεταβολή:

Α) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να μεταβάλω τα ακόλουθα στοιχεία μου:

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Δ.Τ. :
.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

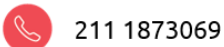
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ : Τ.Κ. : ΠΟΛΗ : ΝΟΜΟΣ :
.....
ΚΙΝΗΤΟ: ΟΙΚΙΑΣ: ΕΡΓΑΣΙΑΣ: E-MAIL* :
.....@.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:
.....

*Εάν είστε ήδη εγγεγραμμένος στο Portal Ασφαλισμένου έχετε τη δυνατότητα να αλλάξετε το email από τον λογαριασμό σας.

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή.



211 1873069



info@eurolifetea.gr

Β) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 20 του Καταστατικού του Eurolife TEA, ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να μεταβάλλει το ύψος της μηνιαίας εισφοράς που καταβάλλει εθελοντικά στον Κλάδο Συνταξιοδοτικών Παροχών του Eurolife TEA, έως και δύο (2) φορές ετησίως, υπό τον περιορισμό του εκάστοτε ισχύοντος κατώτατου και ανώτατου ποσού εισφορών. Η μεταβολή θα έχει ισχύ από τον επόμενο μήνα της αποδοχής της αίτησης μεταβολής από το Δ.Σ. του Eurolife TEA.

Το ποσοστό της μηνιαίας τακτικής εισφοράς δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% του ετήσιου μισθού που λαμβάνει ο ασφαλισμένος από τη Χρηματοδοτούσα Εταιρεία στην οποία απασχολείται, όπως αυτός ορίζεται στο άρθρο 20 του Καταστατικού του Eurolife TEA ή το 25% των ετήσιων καταβαλλόμενων αμοιβών Δ.Σ. Το ελάχιστο ποσό τακτικής μηνιαίας εισφοράς ασφαλισμένου είναι € 30,00.

Αφού έλαβα γνώση των παραπάνω, με τη παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να μεταβάλω το ύψος της τακτικής εισφοράς μου, σύμφωνα με το άρθρο 20 του Καταστατικού του Eurolife TEA ως εξής:

Από: _____ % Σε: _____% του ετήσιου μισθού μου όπως αυτός ορίζεται στο άρθρο 20 του Καταστατικού του Eurolife TEA / των ετήσιων καταβαλλόμενων αμοιβών Δ.Σ.

Γ) ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ

Έλαβα γνώση του Καταστατικού του Eurolife TEA και αιτούμαι την διαγραφή μου από μέλος του.


Δ) ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ενώ συντρέχει στο πρόσωπό μου κάποιος από τους λόγους απώλειας της ιδιότητας του ασφαλισμένου, όπως αυτοί απαριθμούνται στην παρ. 1.2 του άρθρου 6 του Καταστατικού του Eurolife TEA και δεδομένου ότι δεν έχω λάβει την εφάπαξ συνταξιοδοτική παροχή και δεν έχω μεταφέρει τα δικαιώματά μου σε άλλο Τ.Ε.Α. αιτούμαι την παραμονή μου ως ασφαλισμένος στο Eurolife TEA και δηλώνω ότι εφόσον η παρούσα αίτησή μου εγκριθεί από το Δ.Σ. του Eurolife TEA θα καταβάλλω στο Eurolife TEA μηνιαία τακτική εισφορά ασφαλισμένου, 12 φορές ετησίως όπως την ορίζω παρακάτω και η οποία δεν μπορεί να είναι κατώτερη από τριάντα (30) ευρώ.

Με την παρούσα ορίζω την τακτική μηνιαία εισφορά μου στο ποσό των:

Αριθμητικώς: _____

Ολογράφως: _____

 211 1873069

 info@eurolifetea.gr

Ε) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Με την παρούσα ορίζω τα παρακάτω πρόσωπα ως δικαιούχους σε περίπτωση απώλειας της ζωής μου και ανακαλώ οποιαδήποτε προηγούμενη δήλωση ορισμού δικαιούχου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	Α.Φ.Μ. ή Α.Μ.Κ.Α.	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ\Ο	% ΠΟΣΟΣΤΟ
.....
.....
.....
.....

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έλαβα γνώση του Καταστατικού του Eurolife ΤΕΑ , καθώς και τυχόν τροποποιήσεων που έχουν υπάρξει, τα οποία αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Υπογραφή Αιτούντος

Ημερομηνία