

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)

Παρέχω υπεύθυνα τα παρακάτω στοιχεία ατομικής, οικογενειακής, επαγγελματικής και ασφαλιστικής κατάστασης.

Α.Μ.Κ.Α. (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης)	<input type="text"/>		
Α.Φ.Μ	<input type="text"/>	Δ.Ο.Υ	<input type="text"/>
Α.Δ.Τ. (Αριθ. Δελτ. Αστυν. Ταυτότ.)	<input type="text"/>	Αρχή Έκδοσης	<input type="text"/>
Ημ. έκδοσης	<input type="text"/>		
Αριθμός Διαβατηρίου	<input type="text"/>	Αρχή Έκδοσης	<input type="text"/>
Ημ. έκδοσης	<input type="text"/>		
Α.Μ.Α. (Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου στο ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ)	<input type="text"/>		
Φορέας Κύριας Ασφάλισης	<input type="text"/>		
Α.Μ. (Αριθμός Ασφαλισμένου στον Κύριο Φορέα Ασφάλισης)	<input type="text"/>		

Όνομα Ασφαλισμένου.....	Επώνυμο Ασφαλισμένου
Όνομα Πατέρα	Επώνυμο Πατέρα.....
Όνομα Μητέρας	Επώνυμο Μητέρας.....
Υπηκοότητα	Χώρα Καταγωγής
Ημερομ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ).....	Τόπος Γέννησης Φύλο.....

<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</u>			
Οδός	Αριθμός.....	Τ.Κ.	Πόλη
Τηλ Σταθερό	Τηλ κινητό		
Ηλεκτρονική Δ/νση (email).....	Αριθμ FAX.....		

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΤΡΕΧΟΥΣΑ)

Από Ημερομηνία ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ

Έως Ημερομηνία ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ

(εννοείται η σημερινή)

(αναγράφετε η ημερομηνία γάμου)

- Άγαμος (χωρίς οικογένεια)
- Άγαμος (μονογονεϊκή οικογένεια)
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος
- Σύμφωνο συμβίωσης
- Χήρα/ος

Η χηρεία τερματίζεται με νέο γάμο

Στοιχεία Μελών Οικογένειας.(εφαρμοστέο πλην του Άγαμος (χωρίς οικογένεια))

Σχέση	Επώνυμο	Όνομα	Ημερομηνία Γέννησης	A.M.K.A	Διακοπή σχέσης
σύζυγος					
Τέκνο 1					
Τέκνο 2					
Τέκνο 3					
...					
Τέκνο ν					

Για περιπτώσεις ύπαρξης προηγούμενου/ων γάμου/ων

Από Ημερομηνία

Έως Ημερομηνία ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ

- Άγαμος (χωρίς οικογένεια)
- Άγαμος (μονογονεϊκή οικογένεια)
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος
- Σύμφωνο συμβίωσης
- Χήρα/ος

Η χηρεία τερματίζεται με νέο γάμο

Στοιχεία Μελών Οικογένειας.(εφαρμοστέο πλην του Άγαμος (χωρίς οικογένεια))

Σχέση	Επώνυμο	Όνομα	Ημερομηνία Γέννησης	A.M.K.A	Διακοπή σχέσης
Σύζυγος					
Τέκνο 1					
Τέκνο 2					
Τέκνο 3					
...					
Τέκνο ν					

ΕΝΕΡΓΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Έμμισθος Αυτοαπασχολούμενος

Ημερομηνία πρώτης ασφάλισης στο ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ) Σύνολο Ετών

Ημερομηνία πρώτης ασφάλισης στον Κύριο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Σύνολο Ετών στον Κύριο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία πρώτης ασφάλισης σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Σύνολο ετών σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης

ΑΝΕΝΕΡΓΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Έτη Ασφάλισης στο ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ Με θεμελίωση Χωρίς θεμελίωση

(Θεμελίωση δικαιώματος θεωρείται για το ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ όταν ο ασφαλισμένος έχει ασφαλιστεί για 4.500HE (15 έτη) και πλέον)

Έτη Ασφάλισης σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης

ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΝΕΡΓΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Αλλαγή επαγγέλματος που δεν καλύπτεται από το ΤΕΑ –ΕΑΠΑΕ έναρξη αλλαγής (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ανεργία έναρξη ανεργίας(ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Προσωρινή Αναπηρία έναρξη αναπηρίας (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Άλλη αιτία..... έναρξη...(ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ).....

Επάγγελμα (τετραψήφια Κωδικοποίηση ΣΤΕΠ '92 ή ISCO 08) 0000

Έτη ασφάλισης **στο Τ.Ε.Α-Α.Π.Α.Ε** έως την έναρξη λειτουργίας του (28/2/2013)

Έτη ασφάλισης σε άλλη χώρα σε Τ.Ε.Α,)

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ (τελευταίος) η (σημερινός)

Επωνυμία Επιχείρησης.....

Είδος επιχείρησης που δραστηριοποιείται στον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης (Εταιρία-Πρακτορείο-Broker-

Πραγματογνώμονας, κλπ)

Ημερομηνία πρόσληψης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία αποχώρηση. (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Αιτία.....

Φορέας Κύριας Ασφάλισης

Φορέας Επικουρικής Ασφάλισης

Δ/ση επιχείρησης

Πόλη..... Οδός..... Αριθμός..... Τ.Κ.....

Τηλεφ..... Ηλεκτρ. Δ/ση..... fax.....

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ**1. Επωνυμία Επιχείρησης**.....

Είδος επιχείρησης του κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης η σε άλλο κλάδο

Ημερομηνία πρόσληψης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία αποχώρηση. (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Αιτία.....

Φορέας Κύριας Ασφάλισης

Φορέας Επικουρικής Ασφάλισης

Δ/ση επιχείρησης

Πόλη Οδός Αριθμός Τ.Κ.

Τηλεφ. Ηλεκτρ. Δ/ση fax.....

Εάν υπάρχουν και άλλοι εργοδότες συμπληρώστε την επόμενη σελίδα.

Επωνυμία Επιχείρησης.....

Είδος επιχείρησης του κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης ή σε άλλο κλάδο

Ημερομηνία πρόσληψης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία αποχώρησης. (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Αιτία.....

Φορέας Κύριας Ασφάλισης

Φορέας Επικουρικής Ασφάλισης

Δ/νση επιχείρησης

Πόλη Οδός Αριθμός Τ.Κ.

Τηλεφ. Ηλεκτρ. Δ/νση fax.....

Επωνυμία Επιχείρησης.....

Είδος επιχείρησης του κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης ή σε άλλο κλάδο

Ημερομηνία πρόσληψης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία αποχώρησης. (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Αιτία.....

Φορέας Κύριας Ασφάλισης

Φορέας Επικουρικής Ασφάλισης

Δ/νση επιχείρησης

Πόλη Οδός Αριθμός Τ.Κ.

Τηλεφ. Ηλεκτρ. Δ/νση fax.....

Επωνυμία Επιχείρησης.....

Είδος επιχείρησης του κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης ή σε άλλο κλάδο

Ημερομηνία πρόσληψης (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Ημερομηνία αποχώρησης. (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤ)

Αιτία.....

Φορέας Κύριας Ασφάλισης

Φορέας Επικουρικής Ασφάλισης

Δ/νση επιχείρησης

Πόλη Οδός Αριθμός Τ.Κ.

Τηλεφ. Ηλεκτρ. Δ/νση fax.....

Εάν υπάρχουν και άλλοι εργοδότες συμπληρώστε αντίστοιχες σελίδες.

Συμπληρωματικές πληροφορίες.....

.....

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθινά και ότι θα δηλώνω στο Ταμείο κάθε αλλαγή στα παραπάνω στοιχεία

ΥΠΟΓΡΑΦΗ