

**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ**  
**ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN Ν.Π.Ι.Δ.**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

Συμπληρώνεται από το Ταμείο

Α.Μ. ΤΕΑ ΑΣΦ. ΔΙΑΜΕΣ.  
INTERAMERICAN

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ**

<b>ΟΝΟΜΑ</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ</b>	
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ</b>		<b>ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ</b>	
		<b>ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ</b>	
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>		<b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>	
<b>Α.Φ.Μ.</b>		<b>Δ.Ο.Υ.</b>	
<b>ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΤΕ</b>	1	ΕΦΚΑ	<b>Α.Μ.Κ.Α.</b>
	2	ΑΛΛΟΣ (αναφέρατε )	
<i>σημειώστε με Χ την επιλογή σας</i>		<b>ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΗΣ ΥΠΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ</b>	
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ</b>		<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΜΙΛΟ</b>	
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ</b>			
<b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>			
<b>ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ</b>			
<b>ΟΔΟΣ</b>		<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	
<b>ΠΟΛΗ</b>		<b>Τ.Κ</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝ.)</b>		<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΣΤΑΘ.)</b>	
<b>E-mail (εταιρικό)</b>			
<b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>			
<b>ΟΔΟΣ</b>		<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	
<b>ΠΟΛΗ</b>		<b>Τ.Κ</b>	
<b>E-mail (προσωπικό)</b>		<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΣΤΑΘ.)</b>	
		<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝ.)</b>	

Παρακαλώ όπως η αλληλογραφία μου αποστέλλεται στην :  
παρούσα επαγγελματική διεύθυνση .....  
παρούσα διεύθυνση κατοικίας .....

*σημειώστε με Χ την επιλογή σας*

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων του ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα. Με την παρούσα αίτηση ζητώ την εγγραφή μου ως μέλους στο ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN και επισυνάπτω σε φωτοτυπία τις δύο όψεις του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, φωτοτυπία εγγράφου Δημόσιας Υπηρεσίας που βεβαιώνει το ΑΦΜ μου και την άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων θα προβώ σε άμεση έγγραφη ενημέρωση του Ταμείου με ευθύνη μου.

Σύνολο συνημμένων Σελίδων / Εντύπων : .....

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ)  
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)**

Με την ιδιότητά μου του Μέλους του ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN, δηλώνω ότι: > Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που πραγματοποιεί το ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN Ν.Π.Ι.Δ., μέσω του Ενημερωτικού Εντύπου που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.teasyninteramerican.gr/images/pdf/GDPR.Informational-Document-to-webpage.pdf> > Ενημερώθηκα για τα δικαιώματά μου που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). > Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε 2016/679) στο ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN Ν.Π.Ι.Δ.: \* 1. Για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ένταξης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση του Ταμείου στο μέλλον και έχουν σχέση με τη συμμετοχή μου Ταμείο ως μέλους, καθώς και με την διαχείριση και λειτουργία αυτής της συμβατικής μου σχέσης. \* 2. Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή. > Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων είναι απολύτως αναγκαία για τόσο για την ένταξή μου στο ΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN, όσο και για τη λειτουργία της όλης συμβατικής μου σχέσης με το ΤΕΑ, στα πλαίσια που αυτή καθορίζεται τόσο από το Καταστατικό, όσο και από το κάθε φορά ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων.

<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ</b>		<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>	
<b>ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΑ</b> <b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ</b> <b>ΤΕΑ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ * INTERAMERICAN</b>		<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>	

Προς το:

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ  
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN  
ΕΔΡΑ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 124-126, 11782 ΚΑΛΛΙΘΕΑ

## ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

### Ο υπογράφων/Η υπογράφουσα

Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα
---------------	--------------

Με το παρόν ορίζω δικαιούχους σε σχέση με τα δικαιώματά λόγω της συμμετοχής μου στο ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN τους παρακάτω αναφερομένους :

### A. ΚΥΡΙΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ

1	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. Γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
2	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
3	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής

### B. ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ

1	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
2	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής
3	Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημ. γέννησης
	Ταχυδρομική διεύθυνση & τηλέφωνο επικοινωνίας	Συγγένεια	Ποσοστό διανομής

Τόπος - Ημερομηνία

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

## **ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ**

Σχετικά με τον ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ προβλέπονται τα εξής:

- Σε περίπτωση που αναφέρονται περισσότεροι του ενός κύριοι δικαιούχοι και δεν ορίζονται ποσοστά διανομής του μέλους, η διανομή γίνεται σε ίσα μερίδια.
- Κύριος δικαιούχος χάνει τα δικαιώματά του αν πεθάνει ταυτόχρονα ή πριν από το μέλος οπότε αυτά μεταβιβάζονται στους υπόλοιπους κύριους δικαιούχους.
- Αν κατά τον θάνατο του ασφαλιζομένου δεν επιζεί κανένας κύριος δικαιούχος τη θέση τους παίρνουν οι υποκατάστατοι δικαιούχοι.
- Αν έχουν ορισθεί σαν δικαιούχοι οι νόμιμοι κληρονόμοι του μέλους, το ασφάλισμα καταβάλλεται σ' αυτούς που θα καλούνταν στην κληρονομιά του σύμφωνα με τους κανόνες της «εξ αδιαθέτου διαδοχής», ανεξάρτητα από το αν γίνουν πράγματι ή όχι κληρονόμοι (π.χ. λόγω αποποίησης ή λόγω διαδοχής εκ διαθήκης).

Προς το:

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ  
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN  
ΕΔΡΑ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 124-126, 11782 ΚΑΛΛΙΘΕΑ

---

**ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ  
ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ  
INTERAMERICAN**

Ο/Η υπογράφων/ουσα

ΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : .....

δηλώνω ότι επιλέγω να καταβάλλω προσωπικές εισφορές στο **ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN** από την 1η (μήνας)\_\_\_\_\_ (έτος)\_\_\_\_\_ και στην αρχή του κάθε ημερολογιακού τριμήνου (4 φορές ετησίως), με κατάθεση στον τραπεζικό λογαριασμό του **ΤΑΜΕΙΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ INTERAMERICAN** ποσού ίσο με € ..... (.....), καθώς επίσης και το ποσό των € 60 (εξήντα) ευρώ για συνδρομή μου στο Ταμείο κάθε Ιανουάριο. Σε περίπτωση μη καταβολής του ποσού των € 60 (εξήντα) το Ταμείο θα παρακρατά το ποσό αυτό από τις προς επένδυση προσωπικές εισφορές μου από τον Ατομικό Λογαριασμό Εφάπαξ Παροχής.

Σημειώσεις :

- Παρακαλώ αναγράψτε το ποσό της προσωπικής εισφοράς που επιλέγετε αριθμητικά και ολογράφως.
- Η τριμηνιαία εισφορά ορίζεται ως οποιοδήποτε ακέραιο πολλαπλάσιο των € 50 (πενήντα) επί 3 (τρία). Για παράδειγμα, αν επιλέξετε μηνιαία εισφορά € 50, θα πρέπει να αναγράψετε ως τριμηνιαία εισφορά το ποσό των € 150.
- Κάθε μέλος που έχει ενταχθεί στο Ταμείο έχει δικαίωμα αλλαγής του ποσού της προσωπικής του εισφοράς μόνο στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους, με γραπτή δήλωση που θα καταθέσει στην Ταμείο, το αργότερο μέχρι την 10<sup>η</sup> Δεκεμβρίου του προηγούμενου έτους..

---

(Τόπος – Ημερομηνία)

---

(Υπογραφή  
ασφαλιζομένου)