



# ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Π.Ε.Ο

## ΑΙΤΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο .....

Διεύθυνση ..... Τηλ.....

Ημερομηνία Γέννησης .....Αριθμός Ταυτότητας .....Α.Κ.Α .....

Ημερομηνία πρόσληψης .....Τελευταίος Εργοδότης.....

ΣΥΝΤΕΧΝΙΑ.....

Για τον πιο κάτω λόγο, παρακαλώ όπως διευθετήσετε την πληρωμή των δικαιωμάτων μου από το ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Π.Ε.Ο σύμφωνα με τους κανονισμούς του Ταμείου και των Κανονισμών ΚΔΠ 204/2014 αφού αφαιρεθούν οι υποχρεώσεις μου προς το Ταμείο.

Ημερομηνία Αποχώρησης:.....

- ... Απόλυσης μου από την εργασία.
- ... Θανάτου.
- ... Αποχώρηση από την υπηρεσία, λόγω αποδεδειγμένων λόγων υγείας.
- ... Αποχώρηση από την υπηρεσία, για σοβαρούς οικογενειακούς λόγους.
- ... Διορισμός στη Δημόσια Υπηρεσία.
- ... Αποχώρηση από την υπηρεσία.
- ... Αφυπηρέτηση.

(Για κάθε περίπτωση επισυνάψτε σχετικά αποδεικτικά)

Αναλαμβάνω την ευθύνη και την υποχρέωση να ενημερώσω τη Δ.Ε του Ταμείου σε περίπτωση που εργοδοτηθώ μέσα στην περίοδο των 6 μηνών από τη λήξη της προειδοποίησης μου, καθώς επίσης και που θα εισφέρει Ταμείο Πρόνοιας ο νέος μου εργοδότης.

Σας εξουσιοδοτώ όπως από το ποσό που δικαιούμαι, αποκόψετε και εμβάσετε στη Συντεχνία μου το ποσό των

€..... €

**Η αίτηση πριν φθάσει στα γραφεία του Ταμείου, θα πρέπει να υπογραφεί και να σφραγισθεί από τη Συντεχνία του Μέλους.**

Ημερομηνία.....

Υπογραφή Μέλους .....

Όνομα Πιστοποίηση Συντεχνίας (Σφραγίδα Συντεχνίας) Υπογραφή