

Αίτηση Εγγραφής / Μεταβολής Εισφοράς μέλους

Ατομικά στοιχεία μέλους

Τα στοιχεία με (*) είναι υποχρεωτικά

Επώνυμο (όπως στο δελτίο ταυτότητας) (*)	Όνομα (όπως στο δελτίο ταυτότητας) (*)	Personnel ID (Κωδικός εργαζομένου) (*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Όνομα πατρός (*)	Ημερομηνία γέννησης (*)	ΑΜΚΑ (*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Στοιχεία επικοινωνίας					
Διεύθυνση (οδός, αριθμός, Τ.Κ. Πόλη) (*)					
<input type="text"/>					
Προσωπικό Τηλέφωνο (*)	Προσωπικό Email (*)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Στοιχεία Δικαιούχων (*)					
Όνοματεπώνυμο	%	Ημ/νία γέννησης	Συγγένεια	ΑΜΚΑ	Τηλέφωνο
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Συμπληρώστε <u>υποχρεωτικά</u> έναν (1) δικαιούχο)		100%			
Λοιπά πληροφοριακά στοιχεία					
Ημερομηνία πρόσληψης	Αναγνωρισμένη Προϋπηρεσία στην Accenture (σε μήνες) (*)				
<input type="text"/>	<input type="text"/> μήνες				

Εισφορές Εργαζομένου

Τακτικές Εισφορές Εργαζομένου (1) Ποσοστό (επί του συνόλου αποδοχών)	Εργοδοτικές Εισφορές Το νέο μέλος δικαιούται Εργοδοτικές Εισφορές (Ναι/Όχι)
<input type="text" value="1%"/>	<input type="text"/>
Σημείωση 1: Η τακτική εισφορά εργαζομένου είναι υποχρεωτικά 1%. Οι εισφορές εργαζομένου θα παρακρατούνται από τον εργοδότη μέσω μισθοδοσίας.	

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 των εταιρειών "ACCENTURE ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ" και "ACCENTURE B.P.M. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ Α.Ε." τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

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

Υπογραφή μέλους (*)	Τόπος και ημερομηνία αίτησης (*)	Υπογραφή εξουσιοδοτών TEA (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ "ACCENTURE ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ" και "ACCENTURE B.P.M. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ Α.Ε."

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων είναι το TEA, 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 έναρξη των απούτων στην ασφάλιση του TEA 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.