

# Α Ι Τ Η Σ Η

## Επιστροφή Εισφορών Β.Ο.Ε.Α.

(Λόγω Πιστοποιημένης Αναπηρίας Τέκνου 67% και άνω)

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Πατρώνυμο: .....

Μητρώνυμο: .....

Όπλο ή Σώμα: (\*) .....

(\*) Αναγράφεται κατά περίπτωση ΠΝ ή Λ.Σ.

Βαθμός: .....

Μισθολογική Κατηγορία: (\*) Κυκλώνεται κατά περίπτωση

**A**                      **B**                      **Γ**  
(Α.Σ.Ε.Ι.)            (Α.Σ.Σ.Υ.)            (ΕΠ.ΟΠ.-Ο.Π.Υ-Ε.Μ.Θ.)

Ειδικότητα: .....

Αριθμός Μητρώου: .....

Αριθμός Ελέγχου Μισθοδοσίας (ΠΝ): .....

ή  
Μηχανογραφικός Αριθμός (ΛΣ): .....

Αριθμός Μητρώου Μερισματούχου: (\*)

.....  
(\*) Αφορά μόνο απόστρατους / μερισματούχους MTN

Διεύθυνση Κατοικίας: .....

Περιοχή: .....

Ταχυδρομικός Κώδικας: .....

Τηλέφωνο Οικίας: .....

Κινητό Τηλέφωνο: .....

Α.Μ.Κ.Α.: .....

Α.Φ.Μ.: .....

e-mail: .....

### Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά: (κατά περίπτωση)

1. Πρωτότυπη Γνωμάτευση / Βεβαίωση αναπηρίας από την Ανώτατη Ναυτική ή άλλη αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή, ή επικυρωμένο αντίγραφο από την εκδούσα αρχή ή Κ.Ε.Π. (ποσοστού αναπηρίας 67% και άνω).
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (πρόσφατο).
3. Βεβαίωση / Αποδεικτικό Α.Μ.Κ.Α. και Α.Φ.Μ. δικαιούχου.
4. Τραπεζικός Λογαριασμός & IBAN (φωτοτυπία της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου πιστωτικού ιδρύματος, με πρώτο όνομα αυτό του/της δικαιούχου της επιστροφής εισφορών).
5. Φωτοτυπία Ταυτότητας Δικαιούχου.
6. ....

## ΠΡΟΣ: ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΝΑΥΤΙΚΟΥ

Γλάδστωνος 1, Τ.Κ. 106 77, Αθήνα

Διεύθυνση Λογιστικού - Τμήμα Ελέγχου

Γραφείο Επιστροφής Εισφορών

Τηλ. 210 3322071, 73, 67 & 72

Fax: 210 3821801

e-mail επικοινωνίας: [elegxos@mtn.gr](mailto:elegxos@mtn.gr)

1. Υποβάλλω συνημμένα, τα αναφερόμενα στη παρούσα ως υποβαλλόμενα δικαιολογητικά και αιτώ την άτοκη επιστροφή των πάγιων κρατήσεων που διενεργήθηκαν υπέρ ΒΟΕΑ MTN για το γεννηθέν την ..... τέκνο μου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 4, παράγραφος 3, της Κ.Υ.Α. 871.1/27 από 11.01.1985 Υπουργών Εθνικής Άμυνας και Οικονομικών (ΦΕΚ Β' 359 / 31.05.1985), καθώς έχει ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, που πιστοποιείται από την Ανώτατη Ναυτική Υγειονομική Επιτροπή ή από άλλη αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή.

2. Προς επιβεβαίωση της αναπηρίας και του ποσοστού αυτής, επισυνάπτεται στο παρόν Πρωτότυπη Γνωμάτευση / Βεβαίωση Αναπηρίας εν ισχύ ή επικυρωμένο αντίγραφο από την εκδούσα αρχή ή ΚΕΠ, (ως Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά, υπ' αριθ. 1).

3. Συναφώς των ανωτέρω, παρακαλώ όπως, το δικαιούμενο ποσό επιστροφής εισφορών ΒΟΕΑ να μου καταβληθεί μέσω e-banking κατάθεσης στον τραπεζικό λογαριασμό που τηρώ στην Τράπεζα ..... με IBAN ..... (ως Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά, υπ' αριθ. 4).

### Ο Αιτών / Η Αιτούσα

.....  
(Υπογραφή)

Ημερομηνία, ..... - ..... - .....



Βεβαιώνω ότι τα προσωπικά μου δεδομένα, όπως αυτά αναφέρονται ως ανωτέρω στην παρούσα, τυχάνουν επίκαιρα και ορθά και τα παρέχω στο «ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με τη ρητή και ελεύθερη συγκατάθεσή μου για τον αποκλειστικό σκοπό της νόμιμης επεξεργασίας τους, στο πλαίσιο της αιτήσεώς μου, για τον οποίο και ενημερώθηκα πλήρως και προσηκόντως από το ανωτέρω Ταμείο, όπως και για τα νόμιμα δικαιώματά μου [Άρθρα 15-20 Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Ε.Ε. (2016/679)].

Επιπλέον, παρέχω τη ρητή και ελεύθερη συναίνεσή μου για τη διαβίβαση των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων μου προς τρίτους υπευθύνους επεξεργασίας (τράπεζες, δημόσιες αρχές κτλ), εφόσον καθίσταται αναγκαίο, με σκοπό τη νόμιμη επεξεργασία τους για σκοπούς που τελούν σε αιτιώδη σχέση με την ανωτέρω έννομη αιτία.

Οποιαδήποτε τυχόν μεταβολή των προσωπικών δεδομένων, που έχω χορηγήσει κατά τα ανωτέρω, θα γνωστοποιείται με μέριμνά μου στο «ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με σκοπό την προσήκουσα επικαιροποίησή τους.