

**ΕΦΑΠΑΞ ΒΟΗΘΗΜΑ ΕΛΟΑΝ (ΑΠΟΣΤΡΑΤΕΙΑ-ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ-ΑΠΟΤΑΞΗ-ΘΑΝΑΤΟΣ)****ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Πατρώνυμο: .....

Βαθμός: .....

Διεύθυνση: .....

..... Τ.Κ.: .....

Τηλέφωνο Οικίας: .....

Τηλέφωνο Κινητό: .....

Τράπεζα: .....

IBAN GR: .....

e-mail: .....

**Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά**  
(κατά περίπτωση)

1. Απόσπασμα Φύλλου Μητρώου (ΓΕΝ/Β3- ΑΛΣ/ΕΛ.ΑΚΤ.).
2. Φύλλο Διακοπής Μισθοδοσίας (ΠΝ από ΓΕΝ- ΛΣ από Διαχείριση ΑΛΣ/ΔΟΔ).
3. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Καταστάσεως.
4. Αντίγραφο IBAN λογαριασμού τραπεζής. (Πρώτου Δικαιούχου-Τράπεζα/IBAN).

**- Σε περίπτωση θανάτου εν ενεργεία στελέχους ΠΝ-ΛΣ απαιτείται επιπλέον:**

5. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου.
6. Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών.
7. Βεβαίωση Πορίσματος ΕΔΕ.
8. Αντίγραφο IBAN λογαριασμού τραπεζής για κάθε δικαιούχο (Πρώτου Δικαιούχου-Τράπεζα/IBAN).

**\*\*\*\* Υποβολή Αίτησης ανά δικαιούχο (εκτός από τα ανήλικα, όπου κατατίθεται αίτηση από τον/την ασκών/ασκούσα τη γονική μέριμνα/επιμέλεια.****- Σε περίπτωση αποστρατείας για λόγους υγείας απαιτείται επιπλέον :**

9. Γνωμάτευση ΑΥΕΝ.

**Ειδικές Παρατηρήσεις :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ΠΡΟΣ : ΕΛΟΑΝ/Τμήμα Εφάπαξ Βοηθήματος**

Γλάδστωνος 1, Τ.Κ. 10677, Αθήνα

Τηλ.: 2103322065, 2103322066

Email : [efapaxeloan@hotmail.com](mailto:efapaxeloan@hotmail.com)

1. Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ να μου εγκρίνετε την καταβολή του εφάπαξ βοηθήματος που δικαιούμαι λόγω :

**(Συμπληρώνεται με **X** κατά περίπτωση)**

Αποστρατείας	
Λόγων Υγείας	
Απόταξης	
Θανάτου	

2. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι :

**(Συμπληρώνεται με **X** κατά περίπτωση)**
 Έχω λάβει       Δεν έχω λάβει
από τον ΕΛΟΑΝ, **ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ** έναντι του εφάπαξ βοηθήματος.

3. Το αναλογούν ποσό του δικαιούμενου εφάπαξ βοηθήματος, θα γίνει με κατάθεση στον τραπεζικό μου λογαριασμό (ως "Υποβαλλόμενα Δικαιολογητικά- υπ' αριθ. 4"), χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση εξόδων κατάθεσης από μέρους μου.

Βεβαιώνω ότι τα προσωπικά δεδομένα μου, που αναφέρονται ανωτέρω στην παρούσα, τυγχάνουν επίκαιρα και ορθά και τα παρέχω στον «ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟ-ΗΘΕΙΑΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με τη ρητή και ελεύθερη συγκατάθεσή μου για τον αποκλειστικό σκοπό της νόμιμης επεξεργασίας τους, στο πλαίσιο της αιτήσεώς μου για χορήγηση εφ' άπαξ βοηθήματος, για τον οποίον 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 στον «ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ» με σκοπό την προσήκουσα επικαιροποίησή τους.

**Ο/Η Αιτών/ούσα**  
(Υπογραφή)

Ημερομηνία, ...../...../202.....

**Συμπληρώνεται από την υπηρεσία :**

Αριθμός Πρωτοκόλλου:	.....	
Παραλαβή:	...../...../202.....	
Εσωτερική Διανομή :	ΕΛΟΑΝ	
Γραμματέας	Τμηματάρχης ΕΛΟΑΝ	Διευθυντής ΕΛΟΑΝ