|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |  |

**ΠΡΟΣ**

**ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ**

 **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Τ.Α.ΔΙ.Θ.)**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ «ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ» ΤΟΥ Τ.Α.ΔΙ.Θ**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ**  |
| **Επώνυμο**  |  |
| **Όνομα** |  | **Ον.** **Πατρός** |  |
| **ΕΙMAI ΣΥΝ/ΧΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ. Δ.Σ.Θ.** |  |  |  |  |  |
| **Α.Μ. Τ.Υ.Δ.Θ** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Α.Μ.Κ.Α.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Φ.Μ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Δ.Τ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ημερομηνία Γέννησης** |  |

|  |
| --- |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |
| **Οδός / Αριθμός** |  | **Τ.Κ.** |  |
| **Δήμος**  |  | **Νομός** |  |
| **Τηλ-1** |  | **Tηλ-2** |  | **Κινητό** |  |
| **FAX** |  | **E-mail** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Οικογενειακή Κατάσταση** | Άγαμος | Έγγαμος | Διαζευγμένος | Σε Χηρεία |

 Έχοντας υπόψη **α)** τις διατάξεις των άρθρ. 2§5,3§στ΄και 6§1 εδαφ.Α.δ΄ του καταστατικού του Ταμείου Αλληλοβοηθείας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης (Τ.Α.ΔΙ.Θ), **β)** την με αρ.πρωτ.2573/13-09-2016 Ανακοίνωση – Ενημέρωση του Τ.Α.ΔΙ.Θ,

 - **δηλώνω ότι επιθυμώ τη συνέχιση διατήρησης της ιδιότητας του ασφαλισμένου μέλους του Ταμείου**

 **και μετά την συνταξιοδότησή μου και**

 - **παρακαλώ να εγκρίνετε την ένταξή μου**

στο Πρόγραμμα **«Ομαδικής Ασφάλισης»** των μελών του Τ.Α.ΔΙ.Θ στην ασφαλιστική εταιρία «**ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΖΩΗΣ»** ως προς τις παροχές υγείας που περιγράφονται αναλυτικά στην παραπάνω Ανακοίνωση-Ενημέρωση και υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα που τέθηκαν με την υπ’ αριθμ. 11/03-08-2016 Απόφαση του Δ.Σ του Τ.Α.ΔΙ.Θ.

 **Ταυτόχρονα δηλώνω ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση**:

1. Να διατηρήσω υποχρεωτικά την κατά τα άνω ασφάλισή μου, για περίοδο τουλάχιστον τριών (3) ετών καταβάλλοντας εμπροθέσμως τις αντίστοιχες ετήσιες ασφαλιστικές εισφορές της τριετούς περιόδου.
2. Να καταβάλλω εξ ιδίων στο Τ.Α.ΔΙ.Θ την εκάστοτε ισχύουσα ετήσια ασφαλιστική εισφορά **προκαταβολικά** και **εφάπαξ** εντός του Ιανουαρίου κάθε έτους τόσο για μένα όσο και για τα τυχόν συνασφαλιζόμενα έμμεσα (προστατευόμενα) μέλη της οικογενείας μου.

 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **- Καταβλήθηκε η ετήσια**  **ασφαλιστική εισφορά:** | **Γ.Ε ……./………………** |
| **- Εγγράφηκε στο Μητρώο την…………………………..**  |

Ο/Η Αιτ…………...

**ΑΠΟΦ. Δ.Σ……………/…………………………….**

 To Δ.Σ έχοντας υπόψη τις διατάξεις του Καταστατικού και του Κανονισμού Παροχών του Τ.Α.ΔΙ.Θ, την υπ’ αρίθμ. 11/5/3-8-2016 προηγούμενη απόφασή του, το γεγονός ότι συντρέχουν οι προβλεπόμενες προϋποθέσεις,

Εγκρίνει

Την ένταξη ως αμέσου μέλους τ........ συν/χου δικηγόρου κ……………………………………

 ………………………………………………… στην ασφάλιση του Τ.Α.ΔΙ.Θ και ΜΟΝΟΝ για το φάσμα των παροχών του προγράμματος «Ομαδικής Ασφάλισης» της «ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΖΩΗΣ» (Ασφαλ. Συμβολ. 2639/2020).

 Ορίζει ως ελάχιστο χρόνο υποχρεωτικής ασφάλισης τ…. κ………………………………..

 …………………………………………….. και καταβολής των αντίστοιχων ασφαλιστικών εισφορών τουλάχιστον τα τρία (3) έτη.

 Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ του Δ.Σ