



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ (ΓΗΡΑΤΟΣ)

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						
1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η						
Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ	ΜΕΘ (ΝΑΤ)	ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ)	Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού			
			Χώρα		Αριθμός(οί) Ασφάλισης	
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ		ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2		ΚΙΝΗΤΟ		FAX	
Είστε κάτοικος εξωτερικού;					ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ						
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)		
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1		ΚΙΝΗΤΟ		FAX	

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ											
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού. ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.											
ΑΜΚΑ				Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ							
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2			ΚΙΝΗΤΟ			FAX		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ											
(ΟΔΟΣ)		(ΑΡΙΘΜΟΣ)		(Τ.Κ.)		(ΠΟΛΗ)					

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισης σας στην Ελλάδα και το εξωτερικό)

Σημείωση: Με την πληροφορία ότι, εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού, πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό σας Φορέα για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισης σας στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)

ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ;	
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
2.								
3.								
4.								
5.								
ΣΥΝΟΛΟ								

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι παρακάτω υπηρεσίες μου είναι αληθινές και αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:

Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
Α.			
Β.			
Γ.			
Δ.			

Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;

1. ΓΗΡΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>	2. ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ				
Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί η ειδική προσαύξηση λόγω γήρατος; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τα πεδία 3.1 και 3.2 της αίτησης, εφόσον είναι απαραίτητο.			ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρακαλούμε συμπληρώστε στον ακόλουθο πίνακα την περίοδο που εργαστήκατε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/νσης του εργοδότη				
Επωνυμία Εργοδότη	Δ/νση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος
A.				
B.				
Γ.				
Δ.				
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)				
Έχετε την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;			ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης των έργων ή βεβαιώσεις των εργοδοτών.				
ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ			Αρ. Πρωτοκόλλου	
A.				
B.				
Γ.				

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ				
Δηλώστε την ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός σας				
Η επιχείρησή σας συνεχίζεται; (ΝΑΙ αν συνεχίζεται, ΟΧΙ αν διαλύθηκε)	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Αν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)	ΑΜΚΑ			
Έχετε ατομική επιχείρηση ή μετέχετε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον/τους ΑΦΜ των εταιρειών	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ				
A.				
B.				
Γ.				
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;				
1. ΓΗΡΑΤΟΣ	<input type="text"/>	3. ΓΗΡΑΤΟΣ με 15 έτη ασφάλισης για ειδικές κατηγορίες Αναπηρίας	<input type="text"/>	
2. ΓΗΡΑΤΟΣ (με 25 έτη ασφάλισης για γονείς - συζύγους - αδελφούς αναπήρων)	<input type="text"/>	4. ΓΗΡΑΤΟΣ χωρίς διακοπή επαγγελματικής δραστηριότητας (Ν.3996/2011)	<input type="text"/>	

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόσασταν:		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο συντάξιμος χρόνος που θα υπολογισθεί για τη σύνταξή σας, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για να πάρετε σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης;		
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:		
Πήρατε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:		
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε πραγματοποιήσει συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τον Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης		
ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε: α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν		<input type="checkbox"/>
β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;		<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξής μου επιθυμώ να ληφθεί υπόψη η εξής διετία:	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην Ελλάδα;		
Αν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
Στο εξωτερικό;		
Αν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
2.1.2.ι (*)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγ/τος στη Δ/νση Τεχνικών Έργων της οικείας περιφέρειας ;		
Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων		

2.1.2.ii (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγγέλματος στο ΤΕΕ (για τους μηχανικούς) ή στην ΕΕΤΕΜ (για τους υπομηχανικούς) ή στην Εργοληπτική οργάνωση (για τους ΕΔΕ);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων		
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στο τ.ΕΤΑΑ (ΤΣΜΕΔΕ)</i>		
2.1.3 Έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό του χρόνου ασφάλισης (προσυνταξιοδοτική βεβαίωση) σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα.		
2.1.4 Έχει εκδοθεί προσυνταξιοδοτική βεβαίωση του χρόνου ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα.		

2.1.5. (*) Απουσιάσατε από τον τόπο των επαγγελματικών σας ασχολιών ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , από πότε μέχρι πότε, πού κατοικούσατε και για ποιο λόγο απουσιάσατε ;		
ΑΠΟ-ΕΩΣ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>		
2.1.6 (*) Είχατε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότησή σας από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ ;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>		
2.1.7 (*) Έχετε χρόνο στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ για τον οποίο οφείλετε ασφαλιστικές εισφορές και επιθυμείτε να τον αναγνωρίσετε ως χρόνο ασφάλισης στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης, καταβάλλοντας τις προβλεπόμενες από τον νόμο εισφορές αναγνώρισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν θέλετε να αναγνωρίσετε το σύνολο ή μέρος αυτού του χρόνου συμπληρώστε ανάλογα		
Η δήλωση αυτή υποβάλλεται άπαξ πριν από τη συνταξιοδότησή σας.		
	ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΡΟΣ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>		

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ / ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΧΡΟΝΟΙ		
Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε το κατάλληλο πεδίο:		
2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ	ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ*	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Στρατολογικό Γραφείο:	
ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ	ΣΠΟΥΔΕΣ	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΗΧΑΝΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΒΑΣΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΝΑΝΠ-ΔΟΚΙΜΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ) Ν.1711/87 ΑΡΘ.2-ΠΑΡ.2 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)	ΜΑΘΗΤΕΙΑ	
	ΤΕΚΝΑ	
	ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ	
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	
	ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
* Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016 ** Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων	ΑΠΕΡΓΙΑ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ**	
	ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΑΚΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΗΓΟΡΙΑΣ (Αφορά σε ασφ/νους τ. ΤΑΝ)	

	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΟΛΗΠΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΤΩΝ ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΕΒΕ - ΤΑΕ - ΤΣΑ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΡΑΔ/ΤΗ Ν.3569/07 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)	
2.2.3 Εάν εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης για τους ανωτέρω χρόνους σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο δημόσιο, συμπληρώστε τα ακόλουθα πεδία		
ΦΚΑ	Ημ. Αιτήματος Αναγνώρισης	Αρ. Πρωτοκόλου
2.2.4 Έχετε αναγνωρίσει κάποιον από τους ανωτέρω χρόνους, σε ΦΚΑ που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ;		ΝΑΙ
Εάν ΝΑΙ , σε ποιον/ποιους;		ΟΧΙ
ΦΚΑ	Απόφαση Αναγνώρισης	Εξοφλήθηκε
		ΝΑΙ
		ΟΧΙ
Εάν εξοφλήθηκε, επιλέξτε τον τρόπο εξόφλησης: Γραμμάτιο/-α εξόφλησης <input type="text"/> Δόσεις <input type="text"/> Αριθμός δόσεων <input type="text"/>		

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ									
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος Ασφαλιστικού Φορέα Ελλάδας ή του Εξωτερικού, ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:									
ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
									/
									/
									/
3.2 Αν :								Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο	
α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον φορέα									
β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα								Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
3.3 Δικαιούσθε κύρια σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο;								ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον φορέα:									
ΦΚΑ									
A.									
B.									
Γ.									
3.4 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο έχετε ασφαλιστεί για τον κλάδο ασθένειας (Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή από τον ασφαλισμένο. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)							ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, δηλώστε ΟΧΙ. <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
4.2 Πόσα έτη μόνιμης και νόμιμης διαμονής έχετε στην Ελλάδα;	ΕΤΗ	
4.3 Έχετε οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε το Φορέα και το ποσό οφειλής	Φορέας	
	Ποσό οφειλής	
4.4 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.5.α Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στον ΕΦΚΑ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.5.β Ασφαλίζεστε ήδη προαιρετικά σε κάποιον φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ναι, συμπληρώστε τον φορέα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.6 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.7 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	Χώρα	Χρονικό διάστημα
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.8 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);		
4.9 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της άδειας οδήγησης επαγγελματικής κατηγορίας και της ειδικής άδειας οδήγησης Ε.Δ.Χ. επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας		
4.10 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου, επιλέξτε παραπλεύρως την απάντηση ΝΑΙ και ακολούθως συμπληρώστε στον πίνακα 5 τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.		
4.11 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις*, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;		
4.12 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;		
4.13 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;		
4.14 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;		

* Τύφλωση, παρα-/τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίνωση, μόνιμες ορθοκυστικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων.

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ														
5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμο/σπουδάζοντα/ανίκανα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή														
	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ														
A.M.K.A.														
A.Φ.Μ.														
Δ.Ο.Υ.														
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ														
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../...../..../.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Σε Διάσταση, Συμβίος/α)														
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ														
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ														
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ														
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ														
ΧΩΡΑ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ														
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ														
ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ)														
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ														
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ** (ολογράφως)														
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω;												ΝΑΙ	ΟΧΙ	
5.3 Λαμβάνετε την οικογενειακή παροχή συζύγου και τέκνου από άλλη πηγή;												ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Εάν ΝΑΙ , από ποιον φορέα;														
** Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24 ^{ου} έτους της ηλικίας.														

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΑΙΤΗΜΑΤΑ
(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη εξ ιδίου δικαιώματος (λόγω γήρατος) με τις ευνοϊκότερες διατάξεις που ισχύουν στην περίπτωσή μου, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:

i. αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.

ii. λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό

iii. μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ
8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση παραμονής.
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιάριου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. Με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης).
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης.
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.
8.1.6 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή.
8.1.7 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.1, Υπεύθυνη Δήλωση του αρθρ. 8 του Ν. 1599/86 και Βεβαίωση Διακοπής Εργασίας.
8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡ. 37 ΤΟΥ Ν. 3996/2011
8.2.1 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης*
8.2.2 Αμετάκλητη δικαστική απόφαση για τον ορισμό του αιτούντος ως οριστικού δικαστικού συμπαραστάτη αναπήρου αδελφού/-ής (για αδελφούς αναπήρων)
8.2.3 Δικαστική απόφαση περί λύσης γάμου (για διαζευγμένους γονείς αναπήρων ανηλίκων τέκνων)
8.3 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ
8.3.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού
8.3.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα
8.4 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ
8.4.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση ανεργίας)
8.4.2 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*
8.4.3 Δικαιολογητικά αναγνώρισης των υπολοίπων πλασματικών χρόνων του πίνακα 2.2.2 (χορηγούνται από τις υπηρεσίες Εσόδων του πλησιεστέρου τοπικού υποκαταστήματος μισθωτών)
8.5 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)
8.5.1 Απόφαση συνταξιοδότησης
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμοδίου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας
8.6 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)
8.6.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιούπαλληλικές διατάξεις)
8.6.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων.

8.6.3 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.11, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωιδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας σε ίδρυμα ασυλιακής μορφής για διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η					
Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ		ΜΕΘ (ΝΑΤ)	ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ)	Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού	
				Χώρα	Αριθμός(οί) Ασφάλισης
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		
Είστε κάτοικος εξωτερικού;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ											
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.											
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.											
ΑΜΚΑ				Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ							
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2			ΚΙΝΗΤΟ			FAX		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ											
(ΟΔΟΣ)			(ΑΡΙΘΜΟΣ)			(Τ.Κ.)			(ΠΟΛΗ)		

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ								
2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισής σας στην Ελλάδα και το εξωτερικό)								
Σημείωση: Με την πληροφορία ότι, εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού, πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό σας Φορέα για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισής σας στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)								
ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (επιλέξτε)	
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
2.								
3.								
4.								
5.								
ΣΥΝΟΛΟ								

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			
Οι παρακάτω υπηρεσίες μου είναι αληθινές και αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:			
Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
A.			
B.			
Γ.			
Δ.			
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;			
1. ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/>	2. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΛΟΙΟ	<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ

Δεν παίρνω και ούτε πρόκειται να δικαιωθώ στο μέλλον σύνταξη από άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης ή το Δημόσιο και επιθυμώ τη χορήγηση πρόσθετης σύνταξης από τον ΕΛΠΠ.

Παρακαλούμε συμπληρώστε στον ακόλουθο πίνακα την περίοδο που εργαστήκατε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/νσης του εργοδότη.

Επωνυμία Εργοδότη	Δ/νση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος	
A.					
B.					
Γ.					
Δ.					
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΣΜΕΔΕ				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πολιτικός Μηχανικός					
Αρχιτέκτων					
Μηχανολόγος Μηχανικός					
Ηλεκτρολόγος Μηχανικός					
Τοπογράφος					
Ναυπηγός					
Χημικός Μηχανικός					
Μεταλλειολόγος					
Μεταλλουργός					
Πολ. Υπομ/κός					
Εργολάβος Δ.Ε					
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)					
Έχετε την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης.					
ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ			Αρ. Πρωτοκόλλου		
A.					
B.					
Γ.					
Δ.					

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ

Δηλώστε την ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός σας

Η επιχείρησή σας συνεχίζεται; (ΝΑΙ για συνεχίζεται, ΟΧΙ αν διαλύθηκε)

ΝΑΙ**ΟΧΙ**

Εάν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)

ΑΜΚΑ

Έχετε ατομική επιχείρηση ή μετέχετε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής;

ΝΑΙ**ΟΧΙ**

Εάν **ΝΑΙ**, συμπληρώστε το/τα ΑΦΜ των εταιρειών

ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ**A.****B.****Γ.**

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόσασταν:		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο συντάξιμος χρόνος που θα υπολογισθεί για τη σύνταξή σας, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για να πάρετε σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης;		
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα		
Πήρατε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;		
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα		
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα		
Έχετε πραγματοποιήσει συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τον Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης		
ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε: α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξής μου επιθυμώ να ληφθεί υπόψιν η εξής διετία	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην Ελλάδα;		
Εάν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
Στο εξωτερικό;		
Εάν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
2.1.2.i (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγ/τος στη Δ/νση Τεχνικών Έργων της οικείας περιφέρειας ; Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.2.ii (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγγέλματος στο ΤΕΕ (για τους μηχανικούς) ή στην ΕΕΤΕΜ (για τους υπομηχανικούς) ή στην Εργοληπτική οργάνωση (για τους ΕΔΕ); Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στο τ.ΕΤΑΑ (ΤΣΜΕΔΕ)		

2.1.3 Έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό του χρόνου ασφάλισης (προσυνταξιοδοτική βεβαίωση) σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.4 Έχει εκδοθεί προσυνταξιοδοτική βεβαίωση του χρόνου ασφάλισης; Εάν ΝΑΙ συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.5. (*) Απουσιάσατε από τον τόπο των επαγγελματικών σας ασχολιών ; Εάν ΝΑΙ , από πότε μέχρι πότε, που κατοικούσατε και για ποιο λόγο απουσιάσατε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>		
2.1.6 (*) Είχατε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότησή σας από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>		

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ										
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος Ασφαλιστικού Φορέα Ελλάδας ή του Εξωτερικού, ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:										
ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
									/	
									/	
									/	
3.2 Αν:									Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο	
α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον φορέα										
β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα									Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο	Υποκ /μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
3.3 Δικαιούσθε κύρια σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον φορέα									ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΚΑ										
A.										
B.										
Γ.										
3.4 Επιλέξτε τον φορέα στον οποίο έχετε ασφαλιστεί για τον κλάδο ασθένειας						ΦΟΡΕΑΣ		ΧΩΡΑ		
<i>(Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή από τον ασφαλισμένο. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)</i>										

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση

Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, δηλώστε ΟΧΙ.

4.2 Έχετε οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές;	NAI	OXI

Εάν NAI , δηλώστε τον Φορέα και το ποσό οφειλής	Φορέας	
	Ποσό οφειλής	

4.3 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)	NAI	OXI

4.4 Εάν η αναπηρία σας οφείλεται σε ατύχημα/βίαιο συμβάν, έχετε υποβάλει δήλωση ατυχήματος;	NAI	OXI

Εάν NAI , συμπληρώστε τον Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση:	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

4.5 Η αναπηρία σας οφείλεται σε τρομοκρατική ενέργεια;	NAI	OXI

4.6 Επιθυμείτε να προχρονολογηθεί η πάθησή σας;	NAI	OXI
Εάν NAI , συμπληρώστε από ποιο έτος	ΕΤΟΣ	

4.7 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας;	NAI	OXI

Εάν NAI , γράψτε τον Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα.	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	Χώρα	Χρονικό διάστημα

4.8 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ανεργίας;	NAI	OXI

Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα	Χώρα	Χρονικό διάστημα

4.9 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας οδήγησης ή της ειδικής άδειας οδήγησης Ε.Δ.Χ αυτοκινήτου επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας.	NAI	OXI

4.10.α Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στον ΕΦΚΑ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;		

4.10.β Ασφαλίζετε ήδη προαιρετικά σε κάποιον φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ. Εάν NAI συμπληρώστε τον φορέα	NAI	OXI

4.11.α Επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας* ;	NAI	OXI
Εάν επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας , σημειώστε το Στρατολογικό Γραφείο.	Στρατολογικό γραφείο	

* Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016

4.11.β Έχετε αναγνωρίσει χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας ή εθνικής αντίστασης, σε ΦΚΑ που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , σε ποιον/ποιους;			
ΦΚΑ	Απόφαση Αναγνώρισης	Εξοφλήθηκε	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν εξοφλήθηκε, επιλέξτε τον τρόπο εξόφλησης:			
Γραμμάτιο/-α εξόφλησης	<input type="text"/>	Δόσεις	<input type="text"/>
		Αριθμός Δόσεων	<input type="text"/>
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.12 Βρίσκεστε σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση;			
4.13 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;			
4.14 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;			
4.15 Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια	Ανώτερη
			Ανώτατη
4.16 Εάν έχετε επαγγελματικές γνώσεις , γράψτε την ειδικότητά σας.			Ειδικότητα

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, σύμβιοσ/α, άγαμο/σπουδάζοντα/άνικανα τέκνα												
	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ												
Α.Μ.Κ.Α.												
Α.Φ.Μ.												
Δ.Ο.Υ.												
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Σε Διάσταση, Συμβίος/α)												
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΧΩΡΑ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												

ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ)												
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ												
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ * (ολογράφως)												
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω;										NAI	OXI	
5.3 Λαμβάνετε την οικογενειακή παροχή συζύγου και τέκνου από άλλη πηγή;										NAI	OXI	
Εάν ΝΑΙ , από ποιον φορέα;												
* Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24 ^{ου} έτους της ηλικίας.												
6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ- ΑΙΤΗΜΑΤΑ (συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)												
Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη αναπηρίας με τις ευνοϊκότερες διατάξεις που ισχύουν στην περίπτωσή μου, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.												

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

- 7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:**
- i.** αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.
 - ii.** λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό
 - iii.** μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλίας μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.
- 7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.**

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ

8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.

8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση παραμονής.

8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιάρου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης).

8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων Φ.Κ.Α.

8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.

8.1.6 Δήλωση του τελευταίου εργοδότη (έντυπο Σ5)

8.1.7 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή.

8.1.8 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.1, Υπεύθυνη Δήλωση του αρθρ. 8 του Ν. 1599/86.

8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

8.2.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού.

8.2.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα.

8.3 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ

8.3.1 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*

8.4 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)

8.4.1. Απόφαση συνταξιοδότησης

8.4.2 Βεβαίωση άλλου αρμοδίου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας

8.5 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)

8.5.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιοϋπαλληλικές διατάξεις)

8.5.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων.

8.5.3 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση ανεργίας)

8.5.4 Βεβαίωση Ταμείου (για επιδότηση λόγω ασθένειας)

8.5.5 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.10, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /ΣΑΣ					
Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/- ΟΥΣΑ	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		
Είστε κάτοικος εξωτερικού;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		

1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ															
ΕΠΩΝΥΜΟ					ΟΝΟΜΑ			ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	
Α.Μ.Κ.Α.					Α.Φ.Μ.				Δ.Ο.Υ.				ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ					ΜΕΘ (NAT)			ΑΜΗΝΑ(NAT)			Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού				
											Χώρα		Αριθμός(οί) Ασφάλισης		

1.3 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ															
<p>Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.</p> <p>ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.</p>															
ΑΜΚΑ					Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ					ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ					ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				ΑΡΙΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ										FAX					
(ΟΔΟΣ)			(ΑΡΙΘΜΟΣ)			(Τ.Κ.)		(ΠΟΛΗ)							

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/ΟΥΣΑΣ									
(Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου)									
<p>2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισης Ελλάδας και εξωτερικού του θανόντα/ούσας)</p> <p>Σημείωση: Με την πληροφορία ότι εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό Φορέα εξωτερικού για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισης του/της θανόντος/ούσης στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)</p>									
ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (επιλέξτε)		
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ								
2.									
3.									
4.									
5.									
ΣΥΝΟΛΟ									

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αναφέρεται τις υπηρεσίες του/της θανόντος/ούσας που αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:

Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
A.			
B.			
Γ.			
Δ.			

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ

Εάν ο θανών/ούσα ήταν ασφαλισμένος/η στο ΤΣΜΕΔΕ, θα πρέπει να δηλωθεί η περίοδος που εργάστηκε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/νσης του εργοδότη

Επωνυμία Εργοδότη	Δ/νση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος
A.				
B.				
Γ.				
Δ.				

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΣΜΕΔΕ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πολιτικός Μηχανικός		
Αρχιτέκτων		
Μηχανολόγος Μηχανικός		
Ηλεκτρολόγος Μηχανικός		
Τοπογράφος		
Ναυπηγός		
Χημικός Μηχανικός		
Μεταλλειολόγος		
Μεταλλουργός		
Πολ. Υπομ/κός		
Εργολάβος Δ.Ε		

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)

Είχε ο/η θανών/ούσα την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Εάν **ΝΑΙ**, συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης των έργων ή βεβαιώσεις των εργοδοτών.

ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ	Αρ. Πρωτοκόλλου
A.	
B.	
Γ.	

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ

Κατά την ημερομηνία του θανάτου υπήρχε ενεργός ασφαλιστικός δεσμός;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΟΧΙ , πότε είχε διακόψει ο θανών την άσκηση του επαγγέλματος;	Ημ/νία Διακοπής Άσκησης Επαγγέλματος	

Ποια η τύχη της επιχείρησης μετά το θάνατο του ασφαλισμένου; Διαλύθηκε ή συνεχίζεται;	ΔΙΑΛΥΘΗΚΕ		ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ	
Αν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)	ΑΜΚΑ			
Είχε ο/η θανών/ούσα ατομική επιχείρηση ή μετείχε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής; Αν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον/τους ΑΦΜ των εταιρειών:	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ				
Α.				
Β.				
Γ.				

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόταν ο/η θανών/ούσα:		
Ο συντάξιμος χρόνος του/της θανόντος/ούσας που θα υπολογισθεί για τη σύνταξη, έχει χρησιμοποιήσει ή θα χρησιμοποιήσει για σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:		
Ο/η θανών/ούσα πήρε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση;		
ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:		
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Φορέα:		
Σε περίπτωση που εργάζεστε στον Δημόσιο Τομέα επιθυμείτε την αναστολή καταβολής του μεριδίου της σύνταξής σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είχε πραγματοποιήσει ο/η θανών/ούσα συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε το Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης		
ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε:		
α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν		<input type="checkbox"/>
β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;		<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξης επιθυμώ να ληφθεί υπ' όψιν η εξής διαείτα	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου)		
2.1.1 Αν έχει υποβληθεί αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου.		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.2 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης;		
2.1.3 (*) Απουσίασε ο/η θανών/ούσα από τον τόπο των επαγγελματικών του/της ασχολιών;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , από πότε μέχρι πότε, που κατοικούσε και για ποιο λόγο απουσίασε ;		
ΑΠΟ-ΕΩΣ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ		
2.1.4 (*) Ο/η θανών/ούσα είχε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότηση από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ		

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ (Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου)		
2.2.1 Επιθυμείτε την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας του θανόντα με καταβολή εισφορών; (Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016) Εάν ΝΑΙ , γράψτε το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο: Στην περίπτωση που έχει αναγνωριστεί ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του θανόντα, γράψτε τα στοιχεία της Απόφασης και το Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα: <i>ΣΗΜ.: Η αναγνώριση αξιοποιείται για τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης μόνο μετά τη συμπλήρωση του 6ου έτους του επιζώντος συζύγου ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου.</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης	
	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2.2.2 Εκκρεμεί αίτημα αναγνώρισης για τον ανωτέρω χρόνο (2.2.1), σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ , σε ποιον/ποιους;		
ΦΚΑ	Ημ. Αιτήματος Αναγνώρισης	Αρ. Πρωτοκόλλου
Α.		
Β.		
Γ.		
2.2.3 Αν ο θανών/ούσα ήταν ασφαλισμένος του τ.ΕΤΑΑ-ΤΑΝ, επιθυμείτε αναγνώριση:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Χρόνου άσκησης;		
- Χρόνου Δημόσιας Υπηρεσίας;		
Σε περίπτωση που έχει αναγνωριστεί ο χρόνος άσκησης ή Δημ. Υπηρεσίας, γράψτε τα στοιχεία της Απόφασης	Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης αναγνώρισης άσκησης	
	Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης αναγνώρισης Δημ. Υπηρεσίας	

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

3.1 Εφόσον ο θανών/η θανούσα ήταν συνταξιούχος ασφαλιστικού φορέα Ελλάδος ή εξωτερικού ή εκκρεμεί η έκδοση απόφασης, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:

ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
									/
									/
									/

3.2 Αν :

α) ο/η θανών/ούσα είχε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε το Φορέα

Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο

β) έλαβε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, συμπληρώστε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα

Φ.Κ.Α / Δημόσιο / Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

3.3 Ο/η θανών/ούσα είχε δικαίωμα κύριας σύνταξης από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν **ΝΑΙ**, συμπληρώστε το Φορέα:

ΦΚΑ

A.

B.

Γ.

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση

Εάν **ΔΕΝ** επιθυμείτε τη χορήγηση **ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**, δηλώστε **ΟΧΙ**.

4.2 Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε το αντίστοιχο πεδίο:

ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
									/
									/
									/

4.3 Αν :

α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον Φορέα

Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο

β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα

Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο / Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

4.4 Υπάρχει οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τον Φορέα και το ποσό οφειλής	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	
	Ποσό οφειλής	
4.5 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.6 Εργαζόταν ο/η θανών/ούσα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τη χώρα και τον φορέα εργασίας	ΧΩΡΑ	
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	
Εάν ΟΧΙ , δηλώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας:		
4.7 Είχε επιδοτηθεί ο θανών/-ούσα ασφαλισμένος/-η λόγω ασθένειας ή ανεργίας; Εάν ΝΑΙ , γράψτε το Ταμείο/Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν επιδοτήθηκε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	Ταμείο/Φορέας	
	ΧΩΡΑ	
	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	
4.8 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο ο/η θανών/-ούσα ήταν ασφαλισμένος/-η για τον κλάδο ασθένειας.	ΧΩΡΑ	
<i>(Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)</i>	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	
4.9 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα/βίαιο συμβάν, έχει υποβληθεί δήλωση ατυχήματος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Ασφαλιστικό Φορέα όπου υποβλήθηκε η δήλωση.	Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο	
4.10 Ο θάνατος οφείλεται σε τρομοκρατική ενέργεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.11 Βρίσκεστε εσείς ή κάποιος από τους υπόλοιπους δικαιούχους σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5.1.		
4.12 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5		
4.13 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;		

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για χήρο/α, πρώην σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμα/σπουδάζοντα/ανίκανα τέκνα

	ΧΗΡΟΣ/Α		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΠΡΩΗΝ ΣΥΖΥΓΟΣ		ΓΟΝΕΑΣ ΑΔΕΡΦΟΣ-Η ΠΡΟΓΟΝΟΣ-Η ΕΓΓΟΝΟΣ-Η (Διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει)		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ																	
Α.Μ.Κ.Α.																	
Α.Φ.Μ.																	
Δ.Ο.Υ.																	
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ ή δημοσίου																	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ																	
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ																	
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ																	
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ																	
ΑΝΑΠΗΡΙΑ																	
ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ																	
ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ																	
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ																	
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ/ΚΕΚ/ΣΕΚ*																	
ΑΓΑΜΟΣ/Η ΕΓΓΑΜΟΣ/Η																	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ																	

* Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας.

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΑΙΤΗΜΑΤΑ
(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη λόγω θανάτου σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:

i. αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.

ii. λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό

iii. μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των προσώπων του πίνακα 5 για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, εργασία, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάσταση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ

8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.

8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση παραμονής.

8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιάριου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. Με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης).

8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων Φ.Κ.Α.

8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.

8.1.6 Ληξιαρχική πράξη θανάτου*.

8.1.7 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης θανόντος/-ούσας*.

8.1.8 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικό Γάμου ή Συμφώνου Συμβίωσης.

8.1.9 Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη λύσεως γάμου μέχρι την ημερομηνία θανάτου.

8.1.10 Πιστοποιητικό καταβολής διατροφής από το θανόντα/-ούσα κατά το χρόνο θανάτου (π.χ. δικαστική απόφαση, ιδιωτικό συμφωνητικό, δήλωση φορολογίας εισοδήματος του έτους θανάτου) **(για διαζευγμένους).**

8.1.11 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης αιτούντος* (για διαζευγμένους και άλλους δικαιούχους πλην επιζώντος συζύγου και τέκνων)

8.1.12 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ ή ΣΕΚ ή ΚΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής).

8.1.13 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.2, Απόφαση Διευθυντή

8.1.14 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.1, Υπεύθυνη Δήλωση του αρθρ. 8 του Ν. 1599/86/0.

8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

8.2.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού.

8.2.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα.

8.3 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ

8.3.1 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*

8.4 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π.

8.4.1. Απόφαση συνταξιοδότησης ή ενημερωτικό σημείωμα συντάξεων

8.5 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)

8.5.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)

8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμοδίου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας.

8.5.3 Βεβαίωση Ταμείου (για επιδότηση λόγω ασθένειας)

8.5.4 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.8, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωιδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας σε ίδρυμα ασυλίας μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Αυτή η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται και υπογράφεται υποχρεωτικά από τον/την αιτούντα/-ούσα. Στην περίπτωση που κατατεθεί από νόμιμο εκπρόσωπό του/της απαιτείται η θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής του/της αιτούντος/-σας.

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΕΦΚΑ:						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
A.M.K.A.				A.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου (για αλλοδαπούς):				Τηλέφωνο:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Email:				
IBAN:							

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4387/2016, καθώς και τις διατάξεις που αφορούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, δηλώνω ανεπιφύλακτα τα ακόλουθα:

1. **ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΜΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΣΥΝΤΑΞΗ** (συμπληρώνεται υποχρεωτικά η ένδειξη):
2. **ΓΝΩΡΙΖΩ και ΠΛΗΡΩ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΜΟΥ σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.**
3. **ΔΕΝ ΕΜΠΙΠΤΩ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡ. 7 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 29 ΤΟΥ Ν. 4387/2016, που δεν χορηγείται προσωρινή σύνταξη.**
4. Έλαβα γνώση και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τα αναγραφόμενα στη σελίδα 2 αυτής της δήλωσης (η δήλωση συνεχίζεται και υπογράφεται και στη σελίδα 2):
5. Τα ασφαλιστικά στοιχεία μου ή του/της θανόντος/-ούσας, είναι τα εξής:

Στον ακόλουθο πίνακα συμπληρώνονται οι φορείς κύριας ασφάλισης (διαδοχικής ή παράλληλης), το χρονικό διάστημα έναρξης και λήξης της ασφάλισης σε αυτούς, οι ημέρες ασφάλισης για τις οποίες έχουν καταβληθεί οι αντίστοιχες ασφαλιστικές εισφορές, το Ταμείο στο οποίο υπάρχουν τυχόν οφειλές καθώς και το οφειλόμενο ποσό, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Υ.Α. Φ. 1500/οικ.9696/195/08.08.2014 (2441 Β').

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	ΟΦΕΙΛΕΣ ΑΠΟ ΕΙΣΦΟΡΕΣ		
				ΝΑΙ	ΠΟΣΟ ΟΦΕΙΛΗΣ	ΟΧΙ

(4)

Ημερομηνία:/...../20

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

I. Η υπηρεσία **δεν υποχρεούται να μου χορηγήσει προσωρινή σύνταξη** στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α. Όταν δεν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.
β. Όταν για τη συνταξιοδότηση πρέπει να εφαρμοστούν οι Κανονισμοί 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας και 987/2009 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Σεπτεμβρίου 2009, για καθορισμό της διαδικασίας εφαρμογής του κανονισμού (ΕΚ) αριθμ.883/2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας, καθώς και οι διμερείς συμβάσεις κοινωνικής ασφάλειας, εκτός των περιπτώσεων που θεμελιώνεται αυτοτελές συνταξιοδοτικό δικαίωμα μόνο με το χρόνο ασφάλισης σε ελληνικό ασφαλιστικό φορέα.
γ. Όταν δεν έχουν κατατεθεί τα απαραίτητα δικαιολογητικά.
δ. Όταν λαμβάνεται ταυτόχρονα και άλλη κύρια σύνταξη για την ίδια αιτία.
ε. Όταν δεν έχει διακοπεί η εργασία κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης.
στ. Όταν είναι απαραίτητη η προηγούμενη αναγνώριση χρόνων ασφάλισης για θεμελίωση συνταξιοδοτικών προϋποθέσεων. Στην περίπτωση αυτή, ο λόγος θεωρείται ότι εκλείπει εφόσον, μετά την υποβολή σχετικής αίτησης εκ μέρους του ενδιαφερομένου, εκδοθεί η απόφαση αναγνώρισης χρόνου ασφάλισης, ακόμα και αν η εξαγορά του χρόνου αυτού γίνει τμηματικά με παρακράτηση του σχετικού ποσού από τη σύνταξη του δικαιούχου.
ζ. Όταν υπάρχουν οφειλές από ασφαλιστικές εισφορές ποσού που υπερβαίνει τα προβλεπόμενα από τις σχετικές διατάξεις ποσά (Άρθ. 61 ν. 3863/2010, όπως ισχύει. Αν μεταγενέστερα εκλείψει ο λόγος αυτός, η προσωρινή σύνταξη καταβάλλεται από την επομένη της υποβολής σχετικής νέας αίτησης.

II. Όταν για τη χορήγηση σύνταξης είναι απαραίτητη η κρίση των υγειονομικών επιτροπών, η **έναρξη της προθεσμίας καταβολής προσωρινής σύνταξης του άρθρου 29 του Ν. 4387/2016** καθορίζεται από το χρόνο στον οποίο οριστικοποιείται η γνωμάτευση.

III. Στην περίπτωση που μου χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούμαι να λάβω με την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οι διαφορές ποσών θα πρέπει να επιστραφούν μέσω συμψηφισμού με τα ποσά της οριστικής σύνταξής μου μέχρι την εξόφληση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 103 του Ν. 4387/2016. Εάν μου χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με τα στοιχεία που δηλώνω και προσκομίζω και στη συνέχεια διαπιστωθεί ότι αυτά είναι ανακριβή ή αναληθή και ότι δεν δικαιούμαι να λάβω οριστική σύνταξη, εκτός των προβλεπόμενων κυρώσεων του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986, υποχρεούμαι, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 103 του Ν. 4387/2016, να επιστρέψω εντόκως προς 3% τα ποσά προσωρινής σύνταξης. Εάν διαπιστωθεί ότι δεν έχω δικαίωμα συνταξιοδότησης και μου έχει καταβληθεί προσωρινή σύνταξη χωρίς υπαιτιότητά μου, υποχρεούμαι, σύμφωνα με τις ανωτέρω διατάξεις, να επιστρέψω τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

IV. Ανήκω σε ομάδα ατόμων για τα οποία η προσωρινή σύνταξη πρέπει να καταβληθεί κατ' απόλυτη προτεραιότητα.

ΝΑΙ

(άτομο με αναπηρία ή με χρόνιες παθήσεις, γονέας ή κηδεμόνας ατόμου με αναπηρία, συνταξιοδότηση με ν. 612/77, όπως ισχύει ή με το άρθ. 1 & 26 παρ. 1 περ. α' εδάφ. δ' του π.δ. 169/2007, όπως ισχύει)

ΟΧΙ

Προκειμένου να τηρηθεί η προτεραιότητα θα πρέπει η υπηρεσία να έχει στη διάθεσή της τη σχετική γνωμάτευση ΚΕ.Π.Α.

Ημερομηνία:/...../20

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)