

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 Ν.2690/1999)

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)

Περιγραφή αιτήματος: «Απονομή σύνταξης λόγω ΘΑΝΑΤΟΥ του ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ του Ταμείου

ΠΡΟΣ:	Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π. – Ν.Π.Ι.Δ. ΧΡΗΣΤΟΥ ΛΑΔΑ 1 • 10561 ΑΘΗΝΑ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Όνομα Συζύγου:		Επώνυμο Συζύγου:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημερομηνία έκδοσης:	
Εκδούσα Αρχή:		Α.Φ.Μ:	
Δ.Ο.Υ.:		Α.Μ.ΙΚΑ:	Α.Μ.Κ.Α.:
Ημερ/νία γέννησης ⁽¹⁾ :			Τόπος Γέννησης:
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ: ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής πράξης)

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση του εντύπου αυτού, απαιτείται η προσκόμιση συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου ή εξουσιοδότηση με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή ΚΕΠ.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽²⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν1599/86 δηλώνω ότι:		
1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου ή ασφαλισμένης		
2. Ημερομηνία θανάτου του ασφαλισμένου:		
3. Αριθμός μητρώου του/της θανόντος/ούσης ασφαλισμένου/ης στο Ταμείο: α) Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π. β) Α.Μ.Κ.Α	α)	β)
4.Ημερομηνία εισόδου του/της θανόντος/ούσης ασφαλισμένου/ης στην κοινωνική ασφάλιση:		
5. Ημερ/νία διακοπής της εργασίας του/της.		
6. Είχε υποβάλει αίτηση συνταξιοδότησης στο παρελθόν που να εκκρεμεί ή να απορρίφθηκε:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΤΑΜΕΙΟ:	
7. Σε ποιο φορέα Κύριας Ασφάλισης είχε ασφαλισθεί ο/η Θανών/ ούσα ασφαλισμένος/η	
8. Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο; Εάν ΝΑΙ δηλώστε το όνομα του Επικουρικού Ταμείου	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΤΑΜΕΙΟ:	
	ΤΑΜΕΙΟ:	
9. Επιθυμείτε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισης του/της στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Έχετε ανήλικα ή σπουδάζοντα παιδιά; Εαν ΝΑΙ δηλώστε: - Όνομα και ημερ/νία γέννησης - Εάν εργάζονται - Εάν συνταξιοδοτούνται - Εάν είναι άγαμα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
	α).....
	β).....
	γ).....
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ

<p>11) Σε περίπτωση που δε συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω θανάτου ασφαλισμένου επιθυμείτε: Την εξαγορά⁽³⁾ της στρατιωτικής θητείας του</p>	<p>ΝΑΙ</p>	<p>ΟΧΙ</p>																												
<p>Εάν ΝΑΙ δηλώστε: - Έχει γίνει εξαγορά της σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; - Τον τρόπο εξόφλησης της εξαγοράς</p>	<p>ΝΑΙ</p> <p>ΕΦΑΠΑΞ(ΕΚΠΤΩΣΗ 15%)</p>	<p>ΟΧΙ</p> <p>ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ</p>																												
<p>12) Αναφέρετε τις εταιρείες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήματα απασχόλησης του/της θανόντος/ούσης ασφαλισμένου/ης</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: left;">Α.</td> <td style="width: 45%; text-align: center;">ΕΤΑΙΡΕΙΑ</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 35%; text-align: center;">ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ</td> </tr> <tr> <td>1.....</td> <td>.....</td> <td>από.....έως.....</td> <td>από.....έως.....</td> </tr> <tr> <td>Διεύθυνση</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.....</td> <td>.....</td> <td>από.....έως.....</td> <td>από.....έως.....</td> </tr> <tr> <td>Διεύθυνση</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.....</td> <td>.....</td> <td>από.....έως.....</td> <td>από.....έως.....</td> </tr> <tr> <td>Διεύθυνση</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Α.	ΕΤΑΙΡΕΙΑ		ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	1.....	από.....έως.....	από.....έως.....	Διεύθυνση				2.....	από.....έως.....	από.....έως.....	Διεύθυνση				3.....	από.....έως.....	από.....έως.....	Διεύθυνση			
Α.	ΕΤΑΙΡΕΙΑ		ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ																											
1.....	από.....έως.....	από.....έως.....																											
Διεύθυνση																														
2.....	από.....έως.....	από.....έως.....																											
Διεύθυνση																														
3.....	από.....έως.....	από.....έως.....																											
Διεύθυνση																														
<p>13. α) Εργάζεστε ή συνταξιοδοτήστε από οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό. β) Εάν συνταξιοδοτήστε να αναφέρετε τους ασφαλιστικούς Οργανισμούς από τους οποίους παίρνετε σύνταξη</p>	<p>α) ΝΑΙ</p> <p>β)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ΟΧΙ</p>																												
<p>14. Είστε ασφαλισμένος / η ή συνταξιούχος του ΟΓΑ;</p>	<p>ΝΑΙ</p>	<p>ΟΧΙ</p>																												
<p>15. Είστε ανάπηρος/η πνευματικά ή σωματικά με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω;</p>	<p>ΝΑΙ</p>	<p>ΟΧΙ</p>																												

Επίσης δηλώνω:

α) Ότι πρέπει να προσκομίσω τα παρακάτω δικαιολογητικά εντός προθεσμίας 3 μηνών. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτησή μου θα απορριφθεί χωρίς άλλη ειδοποίηση.

- 1)
- 2)
- 3)

β) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω άμεσα το Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π. εάν αναλάβω εργασία, συνταξιοδοτηθώ ή μεταβληθεί η οικογενειακή μου κατάσταση

γ) Ότι.....

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας		
2. Πιστοποιητικό Δήμου Οικογενειακής κατάστασης		
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου		
4. Ληξιαρχική πράξη γάμου		
5. Ληξιαρχική πράξη γεννήσεως ανηλίκου τέκνου		
6. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών ότι δε διαλύθηκε και δεν ακυρώθηκε ο γάμος από δικαστήριο		
7. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα Δ.Ο.Υ.		
8. Βεβαίωση εταιρείας (πρόσληψης - αποχώρησης) Ανάλυση αποδοχών του τελευταίου, πριν της αποχωρήσεως από την εταιρεία, 24μήνου. Σε περίπτωση που έχει εργασθεί σε περισσότερες εταιρείες να προσκομισθεί βεβαίωση πρόσληψης – αποχώρησης από όλες τις εταιρείες πετρελαιοειδών.		
9. Βεβαίωση του εκπαιδευτικού ιδρύματος φοίτησης του παιδιού σας, σε περίπτωση που σπουδάζει.		
10. Αντίγραφα ενσήμων ΙΚΑ – ΕΤΑΜ		
11. Απόφαση συνταξιοδότησης κύριου φορέα ασφάλισης		
12. Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας δικαιοδότη/ων		
13. Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86, στην οποία ο υποψήφιος συνταξιούχος βάσει του άρθρου 4 του Ν.3385/2005 θα αναφέρει τα εξής: α) εάν εργάζεται ή απασχολείται ή λαμβάνει σύνταξη από οποιοδήποτε ασφαλιστικό ταμείο ή το Δημόσιο, β) εάν είναι ανάπηρος πνευματικά ή σωματικά σε ποσοστό 67% και άνω. γ) εάν είναι ασφαλισμένος/η ή συνταξιούχος του ΟΓΑ. δ) εάν λαμβάνει άλλη επικουρική σύνταξη από οποιοδήποτε επικουρικό ταμείο.		

14. Αντίγραφο βιβλιαρίου Τραπέζης με πρώτο δικαιούχο τον ασφαλισμένο προς συνταξιοδότηση.		
15. Φωτοτυπία του ενημερωτικού σημειώματος από ασφαλιστικό οργανισμό, σε περίπτωση που λαμβάνετε άλλη επικουρική σύνταξη (π.χ. τρίμηνο ενημερωτικό του ΙΚΑ).		

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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.

(3) Σε περίπτωση που με την παρούσα αίτηση δεν ζητηθεί εξαγορά στρατιωτικής θητείας ή μεταφορά χρόνου σύμφωνα με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης, αλλά ζητηθούν με μεταγενέστερη, η έναρξη του δικαιώματος θα ισχύσει από την νεότερη αίτηση (άρθ.1§1 του Ν1358/83).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΕΠΙΚΥΡΩΜΕΝΑ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΡΧΗ Ή ΚΕΠ.

Παρακαλείσθε να προσκομίζετε τις αποφάσεις του Οργανισμού Κύριας Ασφάλισης κάθε φορά που μεταβάλλονται οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.

ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΟΣΩΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΕΥΘΥΝΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΝ ΓΝΩΣΕΙ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΨΕΥΔΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....20.....

(Υπογραφή)