

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 ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ 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.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.

9. Αναφέρετε τις εταιρείες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήματα απασχόλησης του/της θανόντος/ούσης ασφαλισμένου/ης

A.	ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
1.	από.....έως..... από.....έως.....
	Διεύθυνση	
2.	από.....έως..... από.....έως.....
	Διεύθυνση	
3.	από.....έως..... από.....έως.....
	Διεύθυνση	

13. α) Εργάζεστε ή συνταξιοδοτήστε από οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό. β) Εάν συνταξιοδοτήστε να αναφέρετε τους ασφαλιστικούς Οργανισμούς από τους οποίους παίρνετε σύνταξη	α) ΝΑΙ ΟΧΙ β)
14. Είστε ασφαλισμένος / η ή συνταξιούχος του ΟΓΑ;	ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Είστε ανάπηρος/η πνευματικά ή σωματικά με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω;	ΝΑΙ ΟΧΙ

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. Ληξιαρχική πράξη θανάτου		
2. Πιστοποιητικό Δήμου Οικογενειακής κατάστασης		
3. Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας δικαιούχου/ων		

5. Ληξιαρχική πράξη γάμου		
6. Ληξιαρχική πράξη γεννήσεως ανηλίκου τέκνου		
7. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών ότι δε διαλύθηκε και δεν ακυρώθηκε ο γάμος από δικαστήριο		
8. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα Δ.Ο.Υ.		
9. Βεβαίωση του εκπαιδευτικού ιδρύματος φοίτησης του παιδιού σας, σε περίπτωση που σπουδάζει.		
10. Απόφαση συνταξιοδότησης κύριου φορέα ασφάλισης		
11. 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.		
12. Αντίγραφο βιβλιαρίου Τραπέζης με πρώτο δικαιούχο τον ασφαλισμένο προς συνταξιοδότηση.		
13. 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.

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)