

Α Ι Τ Η Σ Η – Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η

(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: «ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ»

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. ΕΤΕΑΠΕΠ:		Α.Μ. ΙΚΑ:		ΑΜΚΑ:		
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. Έχετε διακόψει την εργασίας σας και πότε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΠΟΤΕ;	
2. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο; Αν ναι, γράψτε την επωνυμία του Ταμείου αυτού.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΤΑΜΕΙΟ: 1) 2) 3)	
3. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης όταν συμπληρωθούν οι προϋποθέσεις συντάξεως;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Παίρνετε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5 Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση		
6. Έχετε υποβάλει αίτηση για προαιρετική ασφάλιση και στον φορέα κυρίας ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Δηλώστε τις εταιρείες και τα χρονικά διαστήματα που απασχοληθήκατε ως ασφαλισμένος/η του Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π.		
ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	
1..... Διεύθυνση	από.....έως.....	από.....έως.....

2..... Διεύθυνση	από.....έως.....	από.....έως.....

3..... Διεύθυνση	από.....έως.....	από.....έως.....

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 το Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π. για οποιαδήποτε μεταβολή γίνει στην αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας)

γ) Ότι.....
.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας		
2. Βεβαίωση εταιρείας (πρόσληψης – αποχώρησης) Ανάλυση αποδοχών του τελευταίου, πριν της αποχώρησής από την εταιρεία, 24μήνου. Σε περίπτωση που έχει εργασθεί σε περισσότερες εταιρείες να προσκομισθεί βεβαίωση πρόσληψης – αποχώρησης από όλες τις εταιρείες πετρελαιοειδών.		
3. Απόφαση Προαιρετικής Ασφάλισης από το Φορέα Κυρίας Ασφάλισης (εάν υπάρχει)		
4. Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής		
5. Αντίγραφα Ενσήμων ΙΚΑ - ΕΤΑΜ		

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 70269

(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.

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)