

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ¹

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 Ασφαλισμένου» (Δημοσίου Τομέα)

ΠΡΟΣ:	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΕ ΠΑΡΟΧΩΝ (Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π.)	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ*	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		ΑΜΚΑ	
Ασφαλισμένος του τ. Ταμείου/ΕΤΕΑ (τελευταίο)	<input type="checkbox"/> ΤΕΑΔΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΑΠ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΕΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΠΣ, <input type="checkbox"/> ΤΑΔΚΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΟΚΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΧ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ (διευκρινήστε):		
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου (τ. Ταμείου)			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής 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.

(1) «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.

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. Εργάζεστε ή συνταξιοδοτήστε από οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα επικουρικής ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<i>Εαν ΝΑΙ δηλώστε φορέα επικουρικής ασφάλισης:</i>	
<i>Εαν ο/η θανών/ούσα και ο/η αιτών/ούσα συνταξιοδοτείστε και οι δύο από το ΓΑΚ, δηλώστε από ποιά σύνταξη θα λάβετε το 25%:</i>	ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ <input type="checkbox"/>	ΧΗΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ <input type="checkbox"/>
2. Είστε ανάπηρος/η πνευματικά ή σωματικά με ποσοστό αναπηρίας;	67%+ <input type="checkbox"/>	80%+ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
3. Είστε ασφαλισμένος ή συνταξιούχος του ΟΓΑ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4. Έχετε ανήλικα ή ανάπηρα ή σπουδάζοντα παιδιά;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4.1. <i>Εάν ΝΑΙ</i> δηλώστε:		

ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΦΜ	ΑΜΚΑ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΠΟΥΔΑΖΕΙ
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Στοιχεία σχετικά με τον/την θανόντα/ούσα ασφαλισμένο/η:

5. Ημερομηνία διακοπής της εργασίας:		
6. Ειδικότητα με την οποία ασφαλίστηκε στο ΕΤΕΑΕΠ		
7. Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλα Επικουρικά Ταμεία/Τομείς/Κλάδοι που έχουν συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑΕΠ; <i>Αν ναι δηλώστε:</i>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ΑΠΟ	ΕΩΣ
/...../...../...../.....
/...../...../...../.....
/...../...../...../.....
/...../...../...../.....
8. Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλα Επικουρικά Ταμεία/Τομείς/Κλάδοι που ΔΕΝ έχουν συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑΕΠ; <i>Αν ναι δηλώστε:</i>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ΑΠΟ	ΕΩΣ
/...../...../...../.....
/...../...../...../.....
/...../...../...../.....
9. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής του στο/α ανωτέρω Ταμείο/α με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

10. Ελάμβανε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; (αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (.....) ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
11. Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση/...../.....
14. Κύριος Φορέας Ασφάλισης Με ποιές διατάξεις θα συνταξιοδοτηθείτε από τον κύριο φορέα; <input type="checkbox"/> ΔΗΜΟΣΙΟΫΠΑΛΛΗΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ <input type="checkbox"/> ΚΟΙΝΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
15. Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης επιθυμείτε:	
α) Την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Δηλώστε:	
Έχει γίνει εξαγορά της σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Τον τρόπο εξόφλησης της εξαγοράς	ΕΦΑΠΑΕ(ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ) <input type="checkbox"/> ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ <input type="checkbox"/>

Επίσης δηλώνω:

- α) Ότι υποβάλλω την αίτηση αυτή και για τα παιδιά που αναφέρονται στον Πίνακα (ερώτηση 4.1) και για τα οποία δηλώνω ότι δεν εργάζονται, δεν είναι έγγαμα και δεν συνταξιοδοτούνται από άλλο Επικουρικό Ταμείο.
β) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω άμεσα το Ταμείο εάν αν στο μέλλον εγώ ή τα παιδιά μου αναλάβουμε εργασία ή συνταξιοδοτηθούμε από κάθε αιτία και από οποιοδήποτε οργανισμό ή τροποποιηθεί η απόφαση κύριας σύνταξης ή διακοπεί η συνταξιοδότηση του κύριου φορέα για οποιοδήποτε λόγο. Επίσης, αν μεταβληθεί η οικογενειακή μας κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μας.
γ) Έλαβα γνώση πως η κατάσταση των δικαιολογητικών, που υποχρεούμαι να προσκομίσω, είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και ενημερώθηκα για τα ελλείποντα δικαιολογητικά, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα (ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ) και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό.

Για την αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών δηλώνω ότι:

(συμπληρώνετε μόνο εφόσον δεν προσκομίζετε τα απαραίτητα δικαιολογητικά)

Ο θάνατος δηλώθηκε στο ληξιαρχείο:	
Ο γάμος δηλώθηκε στο ληξιαρχείο:	
Οικογενειακή μερίδα υπάρχει στον Δήμο:	
Η γέννηση ανηλίκου/ων τέκνου/ων δηλώθηκε/αν στο/α ληξιαρχείο/α:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ

Στρατολογικά στοιχεία του θανόντος:

Στρατολογικό Γραφείο που ανήκε:

ΑΣΜ (Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου):

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(Τα δικαιολογητικά κατατίθενται με την σειρά και επιβεβαιώνει ο αρμόδιος υπάλληλος)

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου*		
2. Πιστοποιητικό Δήμου πλησιέστερων συγγενών		
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας όλων των δικαιούχων. (Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης).		
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*		
5. Ληξιαρχική πράξη γάμου*		
6. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών ότι δε διαλύθηκε και δεν ακυρώθηκε ο γάμος από το δικαστήριο		
7. α) Ληξιαρχικές πράξεις γέννησης παιδιών* β) Βεβαίωση ΑΦΜ και γ) Βεβαίωση ΑΜΚΑ (εφόσον είναι δικαιούχοι)		
8. Πιστοποιητικά σπουδών των παιδιών.		
9. Αντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογαριασμού Τράπεζας (να είναι εμφανής ο αριθμός IBAN και το όνομα του πρώτου δικαιούχου να είναι του αιτούντος) .		
10. α) Αντίγραφο απόφασης Φορέα Κύριας Ασφάλισης* β) Διαβιβαστικό πράξης ΓΛΚ		
11. Βεβαίωση του τελευταίου εργοδότη (για έμμισθους) στην οποία να αναφέρονται η ειδικότητα, η χρονική περίοδος απασχόλησης, το επικουρικό ταμείο και αποδοχές		
12. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα ΔΟΥ*		
13. Αντίγραφα ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ και τα αποσπάσματα ατομικού λογαριασμού ασφάλισης (για όσους είχαν Ταμείο κύριας ασφάλισης το ΙΚΑ)		
14. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από εφορία (για μη έμμισθους)		
15. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων (εφόσον απαντήθηκε θετικά η ερώτηση 15)		
16. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης*		
17. Ασφαλιστικό βιβλιάριο τέως Ταμείου (εφόσον υπήρχε)		

*Για τα δικαιολογητικά με αστερίσκο, αν δεν προσκομιστούν, θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περι αυτεπάγγελτης αναζήτησης δικαιολογητικών.

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)