

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 Συνταξιούχου» (Δημοσίου Τομέα-χήρου/ας & ανήλικων τέκνων)

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 ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		ΑΜΚΑ	
Συνταξιούχος του τ. Ταμείου/ΕΤΕΑ	<input type="checkbox"/> ΤΕΛΟΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΛΟΥΑΠ, <input type="checkbox"/> ΤΕΛΕΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΛΟΥΠΣ, <input type="checkbox"/> ΤΑΔΚΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΛΠΟΚΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΛΧ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ (διευκρινήστε):		
Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου (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 θανάτων/ουσα και ο/η αιτών/ούσα συνταξιοδοτείστε και οι δύο από το ΓΛΚ, δηλώστε απο 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 σπουδάζοντα παιδιά;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

4.1. **Εαν ΝΑΙ** δηλώστε:

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

Για την αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών δηλώνω ότι:

(συμπληρώνετε μόνο εφόσον δεν προσκομίζετε τα απαραίτητα δικαιολογητικά)

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

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 έγγαμοι 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.

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. Ληξιαρχικές πράξεις γέννησης παιδιών*		
8. Πιστοποιητικά σπουδών των παιδιών.		
9. Εκκαθαριστικό εφορίας		
10. Αντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογαριασμού Τράπεζας (να είναι εμφανής ο αριθμός IBAN και το όνομα του πρώτου δικαιούχου να είναι του αιτούντος) .		
11. Αντίγραφο απόφασης Φορέα Κύριας Ασφάλισης α) Εξ ιδίου δικαιώματος χήρας/χήρου β) Μεταβίβασης σύνταξης (όταν εκδοθεί)		
12. Διαβιβαστικό Συνταξιοδοτικής Πράξης από το Γ.Λ.Κ.		
13. Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής ΙΚΑ ή Πιστοποιητικό ΚΕΠΑ (εφόσον υπάρχει αναπηρία χήρας/ου ή τέκνων)		

*Τα δικαιολογητικά με αστερίσκο μπορούν να αναζητηθούν αυτεπάγγελτα

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

ΑΣ-03-Α-1609