

Α Ι Τ Η Σ Η – Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η¹

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/Ασφαλισμένου» (Δημοσίου Τομέα-ενήλικου τέκνου)

ΠΡΟΣ:	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΑΕ 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"/> 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 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. Η παρούσα αίτηση αφορά ενήλικο τέκνο του ανωτέρω θανόντος και ακολουθεί την αίτηση που έχει υποβληθεί με στοιχεία αιτούντος:

Όνομα:	
Επώνυμο:	
ΑΦΜ:	
ΑΜΚΑ:	
2. Είμαι ενήλικος και αιτούμαι τη σύνταξη του θανόντος λόγω:	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΣΠΟΥΔΩΝ <input type="checkbox"/>

Επίσης δηλώνω:

α) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω άμεσα εγγράφως το Ταμείο εάν αν στο μέλλον ολοκληρώσω ή διακόψω τις σπουδές μου ή αναλάβω εργασία ή συνταξιοδοτηθώ 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 μου κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μου.

β) Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

γ) Ενημερώθηκα για τα ελλείποντα δικαιολογητικά, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα (ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ) και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό.

δ) Επίσης δηλώνω ότι: (Α) Δεν εργάζομαι, (Β) Δεν είμαι έγγαμος, και (Γ) Δεν συνταξιοδοτούμαι από άλλο επικουρικό Ταμείο.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

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

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας του αιτούντος		
2. Εκκαθαριστικό εφορίας ή βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ (αν δεν έχει υποβληθεί δήλωση)		
3. Αντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογαριασμού Τράπεζας (να είναι εμφανής ο αριθμός IBAN και το όνομα του πρώτου δικαιούχου να είναι του αιτούντος) .		
4. Πιστοποιητικό σπουδών ή αναπηρίας (Αποφ. Υγειον. Επιτρ. ΙΚΑ ή Γνωμάτευση ΚΕΠΑ)		
5. Αντίγραφο απόφασης μεταβίβασης σύνταξης του Φορέα Κύριας Ασφάλισης		

* Όσα δικαιολογητικά έχουν υποβληθεί στην αίτηση την οποία ακολουθεί η παρούσα, δεν απαιτείται να προσκομισθούν ξανά.

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)