### 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 ΓΗΡΑΤΟΣ»**

***Ιδιωτικού Τομέα***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΑΞ 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: | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. Έχετε διακόψει την εργασία σας  Α) (και αν ΝΑΙ πότε;) | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ   ΠΟΤΕ; .................../………………./......................... | | | | | | |  | |
| 1. Με ποια ειδικότητα ασφαλιστήκατε στο ΕΤΕΑ; 2. Σε ποιό Επικουρικό Ταμείο ή Κλάδο ή Τομέα ανήκετε; | | | Τελευταία[[1]](#footnote-1): ................................................................................  **□ΤΕΑΥΕΚ, □ΤΕΑΠ-ΟΤΕ, □ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, □ΤΕΑΠ-ΕΤΒΑ, □ΤΕΑΠ-ΔΕΗ, □ΤΕΑΠ-ΕΡΤΤ, □ΤΕΑΑ, □ΤΕΑΠΥΚ, □ΟΑΕΕ, □ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, □ΤΑΣ, □ΤΕΑΔ, □ΤΕΑΕΙΓΕ, □ΤΕΑΠΟΖΟ, □ΤΕΑΧ, □ΤΕΑΥΝΤΠ, □ΚΕΑΝ, □ΤΕΑΠΙΕΝ, □ΕΛΕΜ-ΕΤΑΤ, □ΤΑΠΤΠ-ΕΤΑΤ, □ΤΕΑΙΣΥΤ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, □ΤΕΑΤΤΑΘ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ □ΑΛΛΟ*(διευκρινήστε)*:** ………………………………………… | | | | | | |  | |
| 4. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε **άλλο Επικουρικό**  **Ταμείο (ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΕΤΕΑ)**;  Αν ναι, γράψτε την επωνυμία του Ταμείου αυτού.  ***Για άλλα Επικουρικά Ταμεία που έχουν συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑ, η δήλωση γίνεται στον πίνακα 1*** | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ   ΤΑΜΕΙΟ: 1) ..............................................................................  2) ………………………………………………………..  3) ……………………………………………………….. | | | | | | |  | |
| 5. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης; | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | |  | |
| 6. Παίρνετε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; (αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν) | | | ΝΑΙ  (.....................................................)  ΟΧΙ  | | | | | | |  | |
| 7. Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση | | | ................................. ..................... ............................. | | | | | | |  | |
| 8. Κύριος Φορέας Ασφάλισης  *(πχ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΤΣΜΕΔΕ, ΔΗΜΟΣΙΟ, κλπ)* | | | .................................................................................................. | | | | | | |  | |
| 9. Σε περίπτωση μη θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος για πλήρη σύνταξη, επιθυμείτε την καταβολή μειωμένης σύνταξης;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | | | | |  | |
| 10. Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω γήρατος επιθυμείτε: | | | | | | | | | |  | |
| α) Την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | | |  | |
| - Έχει γίνει εξαγορά της σε **άλλο** Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης;  - Τρόπος εξόφλησης της εξαγοράς | | ΝΑΙ  ΟΧΙ   ΕΦΑΠΑΞ( ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ )  ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ  | | | | | | | |  | |
| β) Προαιρετική ασφάλιση | | ΝΑΙ   *Μετά τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου ασφάλισης παρακαλώ να εγκριθεί η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος.* | | | | | ΟΧΙ  | | |  | |
| γ) Επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους ασφάλισης (Ν. 3863/2010 άρθρο 10 παρ. 18) *Συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο* | | | | | | | | | |  | |
| ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ: | ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ: | | | | | | | | |  | |
| ** ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ** | ** ΣΠΟΥΔΕΣ** | | | ** ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ** | | | | ** ΧΡΟΝΟΣ ΚΥΗΣΗΣ/ΛΟΧΕΙΑΣ** | |  | |
| ** ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ** | ** ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ** | | | ** ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ** | | | | ** ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** | |  | |
|  | ** ΧΡΟΝΟΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ** | | |  ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΕΒΑΛΕ ΕΙΣΦΟΡΕΣ *(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ)* | | | |  ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ *(Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27/06/1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, επικαλούμενοι θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις )* | |  | |
| ** ΑΠΕΡΓΙΑ** | | |  | |
| δ) Επιθυμείτε να αναγνωρίσετε χρόνο ασφάλισης στα Βαρέα & Ανθυγιεινά (παρ.2 άρθρο 20 Ν.3232/04) | | | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | |  | |
| 11. Είστε γονέας/ αδελφός/ σύζυγος αναπήρου και επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με σχετική ειδική διάταξη; | | | | | | | | | |  | |
| 12. Παρουσιάζετε κάποια από τις ακόλουθες παθήσεις για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις: Τύφλωση, παρα/-τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίνωση, μόνιμες ορθοκυστικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων, με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%; | | | | | | | | | |  | |
| 13. Έχετε προστατευόμενα μέλη; (σύζυγο, παιδιά ανήλικα ή σπουδάζοντα;) | | | | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | |  | |
| **Εαν ΝΑΙ δηλώστε**:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΟΝΟΜΑ** | **ΣΥΓΓ. ΣΧΕΣΗ** | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | **ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ** | **ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ** | |  |  |  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | | | | | |  | |
| Επίσης δηλώνω:  α) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω το ΕΤΕΑ για οποιαδήποτε μεταβολή γίνει στην οικογενειακή μου κατάσταση (γάμος, γέννηση τέκνου, ενηλικίωση τέκνου, συνέχιση σπουδών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση κ.λ.π. ή αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας) ή για οποιοδήποτε άλλη μεταβολή επέλθει στα δηλωθέντα στοιχεία.  β) Ότι μου γνωστοποιήθηκε από το Ταμείο πως θα αναστέλλεται η καταβολή της σύνταξης μου αν απασχοληθώ σε εργασία ασφαλιστέα στο ΕΤΕΑ ή αν εργασθώ ή αυτοαπασχοληθώ σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 16 του Ν.3863/10.  γ) Ότι ενημερώθηκα για τα δικαιολογητικά είναι απαραίτητα για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και για τα ελλείποντα, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα *(ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ)* και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό.  δ) Ότι θα προσκομίσω όλα τα επιπρόσθετα δικαιολογητικά τα οποία απαιτηθούν κατά την εξέταση της αίτησης μου.  ε) Ότι ενημερώθηκα ότι η παρούσα αίτηση θα διαβιβαστεί στο ΙΚΑ, εάν και εφόσον προκύψει ως αρμόδιος φορέας για την έκδοση της επικουρικής μου σύνταξης το ΙΚΑ.  στ) .... ......................................................................................................................................................................................  **ΠΙΝΑΚΑΣ 1**  ∆ηλώστε τις επιχειρήσεις-εργοδότες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήµατα που απασχοληθήκατε ως ασφαλισµένος/η του ΕΤΕΑ (όλα τα συγχωνευθέντα Ταμεία[[2]](#footnote-2)\*)**:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΣΤΟΙΧΕΙΑ**  **ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**  **ΕΡΓΟΔΟΤΗ** | **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ**  **(από - έως)** | **ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (τέως)** | **ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  **(σημειώνετε Χ)** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   *Σε περίπτωση που ο χώρος δεν επαρκεί συμπληρώνετε και άλλη Υπεύθυνη Δήλωση-Πίνακα με τις υπόλοιπες επιχειρήσεις-εργοδότες* | | | | | | | | |  | |  |

**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, ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου για Έλληνες της αλλοδαπής και αλλοδαπούς. |  |  |
| Για τους αλλοδαπούς υπηκόους τρίτων χωρών: Άδεια Παραμονής (η οποία να είναι σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης) ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής. |  |  |
| 2. Βεβαίωση του τελευταίου εργοδότη (για έμμισθους) *στην οποία να αναφέρονται η ειδικότητα, η χρονική περίοδος απασχόλησης, το επικουρικό ταμείο και αποδοχές* |  |  |
| 3.Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα ΔΟΥ |  |  |
| 4. Συνταξιοδοτική Απόφαση Κυρίου Φορέα Ασφάλισης (όταν εκδοθεί) |  |  |
| 5.Αντίγραφα ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ και τα αποσπάσματα ατομικού λογαριασμού ασφάλισης (για όσους είχαν Ταμείο κύριας ασφάλισης το ΙΚΑ) |  |  |
| 6.Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού και το ΙΒΑΝ. |  |  |
| 7. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από εφορία (για μη έμμισθους) |  |  |
| 8. Ληξιαρχική πράξη γέννησης παιδιού (για μητέρες ανηλίκων τέκνων) |  |  |
| 9. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων (εφόσον απαντήθηκε θετικά η ερώτηση 9γ) |  |  |
| 10. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης (αν δεν προσκομιστεί θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περι αναζήτησης δικαιολογητικών), ο αιτών θα πρέπει να δηλώσει σε ποιό Στρατολογικό Γραφείο ανήκει και τον ΑΣΜ (Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου)) |  |  |
| 11. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (αν δεν προσκομιστεί θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περι αναζήτησης δικαιολογητικών), ο αιτών θα πρέπει να δηλώσει σε ποιό δήμο υπάρχει οικογενειακή μερίδα και το ληξιαρχείο στο οποίο δηλώθηκε ο γάμος. |  |  |
| 12. Ασφαλιστικό βιβλιάριο τέως Ταμείου (εφόσον υπήρχε) ............................................... |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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.**

**O/H ΑΙΤ….. - Ο/Η ΔΗΛ....**

…….……………..201..

*(Υπογραφή)*

1. ***Οι υπόλοιπες ειδικότητες δηλώνονται στη σελίδα 4*** [↑](#footnote-ref-1)
2. \* βλπ πίνακας συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΕΤΕΑ, (ξεχωριστό έντυπο). [↑](#footnote-ref-2)