

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» (Ιδιωτικού Τομέα)

ΠΡΟΣ:	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΑΣ 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 ² :		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"/> ΤΕΑΥΕΚ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΟΤΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΤΒΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΔΕΗ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΡΤΤ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΥΚ, <input type="checkbox"/> ΟΑΕΕ, <input type="checkbox"/> ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, <input type="checkbox"/> ΤΑΣ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΔ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΕΙΓΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΟΖΟ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΝΤΠ, <input type="checkbox"/> ΚΕΑΝ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΙΕΝ, <input type="checkbox"/> ΕΛΕΜ-ΕΤΑΤ, <input type="checkbox"/> ΤΑΠΤΠ-ΕΤΑΤ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΙΣΥΤ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΤΤΑΘ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, <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:	
		T.K:	
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.

(2) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

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; <i>Εαν ΝΑΙ δηλώστε φορέα επικουρικής ασφάλισης:</i>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <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. *Εαν ΝΑΙ* δηλώστε:

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

Στοιχεία σχετικά με τον θανόντα ασφαλισμένο/η:

Ημερομηνία διακοπής της εργασίας:	
Ειδικότητα με την οποία ασφαλίστηκε στο ΕΤΕΑΕΠ	
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 <input type="checkbox"/> ΕΩΣ <input type="checkbox"/>
/...../.....
/...../.....
/...../.....
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 <input type="checkbox"/> ΕΩΣ <input type="checkbox"/>
/...../.....
/...../.....
/...../.....
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"/>
Ελάμβανε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; <i>(αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν)</i>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (.....) ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση/...../.....
Κύριος Φορέας Ασφάλισης	<input type="checkbox"/> ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, <input type="checkbox"/> ΟΑΕΕ, <input type="checkbox"/> ΤΣΜΕΔΕ, <input type="checkbox"/> ΔΗΜΟΣΙΟ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ <i>(διευκρινήστε):</i>,
Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης επιθυμείτε την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχει γίνει εξαγορά της σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Τον τρόπο εξόφλησης της εξαγοράς: ΕΦΑΠΑΞ (ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ) ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ

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
5. Στρατολογικά στοιχεία του θανόντος:	
Στρατολογικό Γραφείο που ανήκε	
ΑΣΜ (Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δηλώστε τις επιχειρήσεις-εργοδότες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήματα που απασχολήθηκε ο θανόντας ως ασφαλισμένος/η του ΕΤΕΑ (όλα τα συγχωνευθέντα Ταμεία*):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (από - έως)	ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (τέως)	ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώνετε X)

Σε περίπτωση που ο χώρος δεν επαρκεί συμπληρώνετε και άλλη Υπεύθυνη Δήλωση-Πίνακα με τις υπόλοιπες επιχειρήσεις-εργοδότες

* βλπ πίνακας συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΕΤΕΑ, (ξεχωριστό έντυπο).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου*		
2. Πιστοποιητικό Δήμου πλησιέστερων συγγενών		
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας όλων των δικαιούχων. <i>(Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης).</i>		
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 <i>(να είναι εμφανής ο αριθμός IBAN και το όνομα του πρώτου δικαιούχου να είναι του αιτούντος) .</i>		
11. Αντίγραφο απόφασης Φορέα Κύριας Ασφάλισης*		
12. Βεβαίωση του τελευταίου εργοδότη (για έμμισθους) στην οποία να αναφέρονται η ειδικότητα, η χρονική περίοδος απασχόλησης, το επικουρικό ταμείο και αποδοχές		
13. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα ΔΟΥ		
14. Αντίγραφα ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ και τα αποσπάσματα ατομικού λογαριασμού ασφάλισης <i>(για όσους είχαν Ταμείο κύριας ασφάλισης το ΙΚΑ)</i>		
15. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από εφορία <i>(για μη έμμισθους)</i>		
16. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων <i>(εφόσον απαντήθηκε θετικά η ερώτηση 15)</i>		
17. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης*		
18. Ασφαλιστικό βιβλιάριο τέως Ταμείου <i>(εφόσον υπήρχε)</i>		

*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)