### 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:** | **e-ΕΦΚΑ** | **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 γέννησης²: | | | | |  | | | | | | | | | | | 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) | | **□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)*:** …………………………………………… | | | | | |
| **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.*
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; | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  |
| ***Εαν ΝΑΙ*** *δηλώστε φορέα επικουρικής ασφάλισης*: | | .................................................................... | |  |  |  |
| 1. Είστε ανάπηρος/η πνευματικά ή σωματικά με ποσοστό αναπηρίας; | | 67%*+* 80%+  ΟΧΙ  | |  |  |  |
| 1. Είστε ασφαλισμένος ή συνταξιούχος του ΟΓΑ; | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  |
| 1. Έχετε ανήλικα ή ανάπηρα ή σπουδάζοντα παιδιά; | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | |  |  |  |
|  | 4.1. ***Εαν ΝΑΙ*** δηλώστε:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΑΦΜ** | **ΑΜΚΑ** | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | **ΣΠΟΥΔΑΖΕΙ** | **ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |     ***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;  *Αν ναι δηλώστε:* | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | **ΑΠΟ** | | **ΕΩΣ** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | | Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλα Επικουρικά Ταμεία/Τομείς/Κλάδοι που ΔΕΝ έχουν συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑΕΠ; *Αν ναι δηλώστε:* | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | **ΑΠΟ** | | **ΕΩΣ** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | |  | | **......./........../...........** | | **......./........../........** | | Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής του στο/α ανωτέρω Ταμείο/α με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης; | | | ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | Ελάμβανε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; *(αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν)* | | | ΝΑΙ  (.......................................) ΟΧΙ  | | | Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση | | | **......./........../........** | | | Κύριος Φορέας Ασφάλισης | **□ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, □ΟΑΕΕ, □ΤΣΜΕΔΕ, □ΔΗΜΟΣΙΟ, □ΑΛΛΟ** *(διευκρινήστε)*: ...................................................**,** | | | | | Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης επιθυμείτε την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | Έχει γίνει εξαγορά της σε **άλλο** Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | | 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: | |  | |  |  |
|  | 1. Ο γάμος δηλώθηκε στο ληξιαρχείο: | |  | |  |  |
|  | 1. Οικογενειακή μερίδα υπάρχει στον Δήμο: | |  | |  |  |
|  | 1. Η γέννηση ανηλίκου/ων τέκνου/ων δηλώθηκε/αν στο/α ληξιαρχείο/α:  |  |  | | --- | --- | | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ** | |  |  | |  |  | |  |  | | 1. Στρατολογικά στοιχεία του θανόντος: | | | Στρατολογικό Γραφείο που ανήκε |  | | ΑΣΜ (*Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου*) |  | | |  | |  |  |
| **ΠΙΝΑΚΑΣ 1**  ∆ηλώστε τις επιχειρήσεις-εργοδότες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήµατα που απασχολήθηκε ο θανόντας ως ασφαλισµένος/η του ΕΤΕΑ (όλα τα συγχωνευθέντα Ταμεία[[1]](#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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| 1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου\* |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό Δήμου πλησιέστερων συγγενών |  |  |
| 1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας όλων των δικαιούχων.   *(Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης).* |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης\* |  |  |
| 1. Πιστοποιητικά σπουδών των παιδιών. |  |  |
| 1. Εκκαθαριστικό εφορίας |  |  |
| 1. Αντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογαριασμού Τράπεζας   *(να είναι εμφανής ο αριθμός IBAN και το όνομα του πρώτου δικαιούχου να είναι του αιτούντος)* . |  |  |
| 1. Aντίγραφο απόφασης Φορέα Κύριας Ασφάλισης\* |  |  |
| 1. Βεβαίωση του τελευταίου εργοδότη (για έμμισθους) *στην οποία να αναφέρονται η ειδικότητα, η χρονική περίοδος απασχόλησης, το επικουρικό ταμείο και αποδοχές* |  |  |
| 1. Aντίγραφα ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ και τα αποσπάσματα ατομικού λογαριασμού ασφάλισης   (*για όσους είχαν Ταμείο κύριας ασφάλισης το ΙΚΑ*) |  |  |
| 1. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από εφορία (*για μη έμμισθους*) |  |  |
| 1. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων (*εφόσον απαντήθηκε θετικά η ερώτηση 15*) |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης\* |  |  |
| 1. 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.

**O/H ΑΙΤ…..**

…….……………..202…………..

*(Υπογραφή)*

1. \* βλπ πίνακας συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΕΤΕΑ, (ξεχωριστό έντυπο). [↑](#footnote-ref-2)