### 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: «Χορήγηση εφάπαξ λόγω θανάτου ασφαλισμένου/συνταξιούχου»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 γέννησης:  |  |  |  |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | **E – mail:** |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα:  |  | ΑΜΚΑ |  |
| ΑΦΜ  |  | Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου *(τ. Ταμείου)* |  |
| **Αφορά το τέως Ταμείο Πρόνοιας:****(σημειώνετε με Χ):** | □ΤΠΔΥ, □ΤΑΠΙΤ, **□**ΤΑΥΤΕΚΩ, **□**ΕΤΑΠ-ΜΜΕ,**□**ΕΤΑΑ, **□**ΝΑΤ, **□**ΕΙΔ. ΛΟΓ/ΣΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, **□**ΑΛΛΟ (διευκρινίστε)  |
| **Τομέας:** |   |

|  |
| --- |
| **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:**□** Ο θανών ήταν εν ενεργεία ασφαλισμένος και είμαι δικαιοδόχος κύριας σύνταξης λόγω θανάτου του**□** Ο θανών ήταν εν ενεργεία ασφαλισμένος, **δεν** υπάρχει δικαιοδόχος κύριας σύνταξης λόγω θανάτου του και είμαι **□** *Σύζυγος του* **□** *Τέκνο του* **□** *Αδελφός/ή του* **□** *Γονέας του***□** Ο θανών ήταν **συνταξιούχος,** δηλαδή κατά την ημερομηνία θανάτου του είχε εκδοθεί ή αναμενόταν η έκδοση συνταξιοδοτικής απόφασης) |  |
| ***Στοιχεία σχετικά με τον/την θανόντα/ούσα ασφαλισμένο/η:*** |  |
| 1. Ημερομηνία διακοπής της εργασίας του:
 | **……………/…………/………….** |  |
| 1. Ημερομηνία θανάτου:
 | **……………/…………/………….** |  |
| 1. Η χρονολογία πρώτης ασφάλισης του ασφαλισμένου είναι:

 **□ Πριν την 31/12/1992, □ Μετά την 01/01/1993**  |
| 1. Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Τομέα Πρόνοιας; **□ ΝΑΙ, □ΟΧΙ**

**Εάν ΝΑΙ** σημειώστε τον/τους Τομέα/είς: |
| **Τέως Ταμείο** | **Τέως Τομέας** | ***Εκκρεμεί υποβληθείσα αίτηση επιστροφής εισφορών ή λήψη εφάπαξ από τον ανωτέρω Τομέα;*** | ***Έχει λάβει ο ασφαλισμένος ή εσείς επιστροφή εισφορών ή εφάπαξ από τον ανωτέρω Τομέα;*** |
| **□ ΤΠΔΥ** |  |  |  |
| **□ ΤΑΠΙΤ** |  |  |  |
| **□ ΤΑΥΤΕΚΩ** |  |  |  |
| **□ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ** |  |  |  |
| **□ ΕΤΑΑ** |  |  |  |
| **□ ΝΑΤ** |  |  |  |
| **□ ΑΛΛΟ** *(Διευκρινίστε):* |  |  |  |
| 1. Χρονικά διαστήματα / Σχέση εργασίας (για υπαλλήλους του Δημοσίου):

Από …………………………….. Έως ……………………….. **□** Μόνιμος, **□** ΙΔΑΧ, **□** ΙΔΟΧΑπό …………………………….. Έως ……………………….. **□** Μόνιμος, **□** ΙΔΑΧ, **□** ΙΔΟΧΑπό …………………………….. Έως ……………………….. **□** Μόνιμος, **□** ΙΔΑΧ, **□** ΙΔΟΧ |  |
| 1. Ενημερώθηκα για τα δικαιολογητικά που 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.
 |  |
| 1. Θα προσκομίσω όλα τα επιπρόσθετα δικαιολογητικά τα οποία απαιτηθούν κατά την εξέταση της αίτησης μου.
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Για την αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών δηλώνω ότι:* *(συμπληρώνετε μόνο εφόσον δεν προσκομίζετε τα απαραίτητα δικαιολογητικά)* |  |
| Ο θάνατος δηλώθηκε στο ληξιαρχείο: |  |
| Οικογενειακή μερίδα υπάρχει στον Δήμο: |  |
| Η γέννηση ανηλίκου/ων τέκνου/ων δηλώθηκε/αν στο/α ληξιαρχείο/α: |  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ / ΔΗΜΟΣ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **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 (του ασφαλισμένου/συνταξιούχου)
 |  |  |
| 1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας, ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου για Έλληνες της αλλοδαπής και αλλοδαπούς.

Άδεια Παραμονής (Για τους αλλοδαπούς υπηκόους τρίτων χωρών, η οποία να είναι σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης) ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής. |  |  |
| 1. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού, το ΙΒΑΝ και το όνομα του Δικαιούχου

Σημείωση**: Ο λογαριασμός να είναι ΕΝΕΡΓΟΣ.** |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό Πλησιεστέρων συγγενών από το Δήμο
 |  |  |
| ***Για τις περιπτώσεις όπου ο θανών ήταν εν ενεργεία ασφαλισμένος, συνυποβάλλονται (υποχρεωτικά):*** |
| 1. Συνταξιοδοτική Απόφαση Κυρίου Φορέα Ασφάλισης στο όνομα του δικαιούχου λόγω θανάτου του ασφαλισμένου ή Βεβαίωση Κυρίου Φορέα Ασφάλισης περί μη δικαιούχων σύνταξης ή Απορριπτική Απόφαση Κύριου Φορέα Ασφάλισης, εφόσον ο θάνατος έχει επέλθει πριν την 01/03/2020.
 |  |  |
| 1. Συνταξιοδοτική Απόφαση Επικουρικού Φορέα Ασφάλισης στο όνομα του δικαιούχου λόγω θανάτου του ασφαλισμένου (Μόνο για συνταξιοδοτήσεις έως 30/09/2013)
 |  |  |
| ***Για τις περιπτώσεις όπου ο Θανών ήταν συνταξιούχος, δηλαδή κατά την ημερομηνία θανάτου του είχε εκδοθεί ή αναμενόταν η έκδοση συνταξιοδοτικής απόφασης), συνυποβάλλονται (υποχρεωτικά):*** |
| 7α. Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου, μόνιμης κατοικίας θανόντος, περί μη δημοσίευσης Διαθήκης χρονικής διάρκειας τελευταίου τριμήνουή Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου, μόνιμης κατοικίας θανόντος, περί δημοσίευσης Διαθήκης με κείμενο Διαθήκης χρονικής διάρκειας τελευταίου τριμήνου |  |  |
| 7β. Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη αποποίησης της κληρονομίας από τους κληρονόμους του θανόντος χρονικής διάρκειας τελευταίου τριμήνου |  |  |
| 7γ. Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη προσβολής του κληρονομικού δικαιώματος των κληρονόμων του θανόντος χρονικής διάρκειας τελευταίου τριμήνου |  |  |
| *Τα ανωτέρω πιστοποιητικά πρέπει να έχουν εκδοθεί τουλάχιστον 4 μήνες μετά τον θάνατο του ασφαλισμένου και αν ο θάνατος επήλθε μετά την 01/03/2013 τα πιστοποιητικά* 7α *και 7β εκδίδονται από το Ειρηνοδικείο.* |  |  |
|  ***Κατά περίπτωση υποβάλλονται:*** |  |  |
| 1. Πινακίδα Ανακεφαλαίωσης Ημερών Εργασίας (ΠΑΗΕ)

[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ] |  |  |
| 1. Δελτία ημερών εργασίας ή Εκθέσεις Ελέγχου που αφορούν στην ασφάλιση του τ. ΕΤΕΜ [ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]
 |  |  |
| 1. Φωτοτυπίες ενσήμων ΙΚΑ ή βιβλιαρίων ΤΑΠΕΜ για το διάστημα από 01/03/1999 έως τη διακοπή της εργασίας [ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]
 |  |  |
| 1. Βεβαίωση εργοδότη (ιδιωτικού τομέα) για το χρονικό διάστημα απασχόλησης από 01/03/1999 με τα στοιχεία της επιχείρησης το χρόνο ασφάλισης και την ειδικότητά του ασφαλισμένου *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]*
 |  |  |
| 1. Βεβαίωση εργοδότη (δημοσίου τομέα) για (α) το χρονικό διάστημα απασχόλησης, (β) την καταβολή εισφορών μέσω της Ενιαίας Αρχής Πληρωμών και την ειδικότητά του *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]*
 |  |  |

**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....**

…….……………..202..

*(Υπογραφή)*