### 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, **□** ΙΔΟΧ  Από …………………………….. Έως ……………………….. **□** Μόνιμος, **□** ΙΔΑΧ, **□** ΙΔΟΧ  Από …………………………….. 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 τριμήνου  ή 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)*