### 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)