

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/ΘΑΝΟΥΣΗΣ</u>			
Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατρός:	ΑΦΜ:	ΑΜΚΑ:	
Οικ. Κατάσταση:	Ημ/νία Θανάτου:		

<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ</u>			
Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:	Ημ/νία Γέννησης:
Όνομα Πατρός:	ΑΦΜ:	ΑΜΚΑ:	ΑΔΤ:
Δ/νση κατοικίας: Χώρα:	Πόλη:	ΤΚ:	
	Οδός/Αριθμός:		
Τηλ. Επικ/νίας:		Email:	
Σχέση με θανόντα/ούσα:	Ημ/νία γάμου/ συμφώνου συμβίωσης:	Οικογενειακή κατάσταση:	
IBAN:			

<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</u>			
Επώνυμο:	Όνομα:	Όνομα Πατρός:	ΑΦΜ:
ΑΔΤ:	Email:	Τηλ. Επικ/νίας:	

ΠΡΟΣ e-ΕΦΚΑ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ & ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.1599/1986, δηλώνω τα εξής :

Οι χρόνοι ασφάλισής του/της θανόντος/ούσης: α) ΔΕΝ του/της χρησίμευσαν για να πάρει σύνταξη από οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό και β) για τους ίδιους χρόνους δεν έλαβε αποζημίωση αντί σύνταξης .

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αιτούμαι τη χορήγηση σύνταξης λόγω θανάτου από τον τελευταίο φορέα κύριας ασφάλισης του/της θανόντος/ούσης:

α) ΕΦΚΑ – ΔΗΜΟΣΙΟ

β) Άλλο ταμείο (πχ ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, κλπ)

Α. Ειδικές πληροφορίες συνταξιοδότησης :

Επιθυμώ τη συνταξιοδότηση ως τέκνο ανάκανο για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα*

ΝΑΙ / ΟΧΙ

(αρ. απόφασης ΑΣΥΕ:..... Έναρξη:.../...../.....)

**Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κρίση της Ανώτατης Στρατού Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΣΥΕ)*

Δικαιούμαι απαλλαγή φόρου καθόσον έχω απόφαση ΚΕΠΑ και ποσοστό αναπηρίας πάνω από 80%

ΝΑΙ

/ ΟΧΙ (αρ. απόφασης ΚΕΠΑ:....., Έναρξη:.../...../.....,

Λήξη:.../...../.....)

Β. Προηγούμενη ασφάλιση (θανόντα/θανούσης)

Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλο/α ταμείο/α
Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής
/ ΟΧΙ
(καταγραφή των ταμείων)

ΝΑΙ / ΟΧΙ
ΝΑΙ

Σε περίπτωση που ΔΕΝ δηλώσετε την προηγούμενη ασφάλιση για την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ΔΕΝ μπορείτε μεταγενέστερα της συνταξιοδότησης σας να ζητήσετε προσμέτρηση του χρόνου αυτού. (Φ. 1500/ΟΙΚ 13016/562/12.11.2020 εγγ. Του ΥΠΕΚΥΠ)

Είχε ασφάλιση σε φορέα του εξωτερικού και επιθυμώ την αξιοποίηση του χρόνου

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχε παράλληλη ασφάλιση μέχρι 31/12/2016

ΝΑΙ /
ΟΧΙ

Ταμείο	Ημερομηνία Από	Ημερομηνία Έως

Γ. Πλασματικοί χρόνοι ασφάλισης / αναγνώριση χρόνου

Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης χρόνου (στρατού, σπουδών, παιδιών, ιδιωτικού τομέα κλπ)
/ ΟΧΙ

ΝΑΙ

Εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης πλασματικού χρόνου (από τον/την θανόντα/θανούσα)
/ ΟΧΙ

ΝΑΙ

Είδος	Αιτούμενο Χρονικό διάστημα	Αρ. πρωτοκόλλου	Ημ. Αίτησης	Τρόπος εξόφλησης Εφάπαξ / Δόσεις
				Εφάπαξ / Δόσεις
				Εφάπαξ / Δόσεις
				Εφάπαξ / Δόσεις

Δ. Συμπληρωματικά στοιχεία αιτούντος/αιτούσας

Εργάζομαι :

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης :

ΕΛΛΑΔΑ / ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Εργαζόμενοι συνταξιούχοι νοούνται όσοι: "έχουν αναλάβει εργασία ή ιδιότητα ή δραστηριότητα, εφόσον για την εργασία ή την ιδιότητα ή την δραστηριότητα αυτή προκύπτει υποχρέωση ασφάλισης στον ε-ΕΦΚΑ."

Λαμβάνω άλλες συντάξεις

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Η σύνταξη είναι σε αναστολή

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Φορέας συνταξιοδότησης

Είδος σύνταξης

ΓΗΡΑΤΟΣ / ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ / ΘΑΝΑΤΟΥ / ΠΟΛΕΜΙΚΗ/ ΑΙΡΕΤΩΝ

/

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΝΣΤΟΛΟΥΣ

Έλαβα εφάπαξ αποζημίωση για τον χρόνο υπηρεσίας μου μετά την αποχώρησή μου

ΝΑΙ /

ΟΧΙ

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΩΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ (Ένστολο ή Πολιτικό)

Επιθυμώ την πρόσθετη κράτηση του 1,5 % υπέρ Κ.Υ.Υ.Α.Π / ΤΑ.Π.Α.Σ.Α

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ε. Παραπομπή σε ΑΣΥΕ

Επιθυμώ να παραπεμφθώ ως τέκνο ανίκανο στην αρμόδια υγειονομική επιτροπή ΑΣΥΕ
(Σε περίπτωση που δεν έχετε ΑΣΥΕ)

ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αιτούμαι τη χορήγηση επικουρικής σύνταξης λόγω θανάτου από:

Τ.Ε.Α.Δ.Υ / Τ.Α.Δ.Κ.Υ / Τ.Ε.Α.Π.Ο.Κ.Α / ΤΑ.Π.Α.Σ.Α. - Τ.Ε.Α.Υ.Α.Π. / ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.

- Τ.Ε.Α.Ε.Χ.

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης

ΝΑΙ / ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων)

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

Εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης πλασματικού χρόνου (από τον θανόντα/θανούσα)

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είδος	Αιτούμενο Χρονικό διάστημα	Αρ. πρωτοκόλλου	Ημ. Αίτησης	Τρόπος εξόφλησης Εφάπαξ / Δόσεις
				Εφάπαξ / Δόσεις
				Εφάπαξ / Δόσεις

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ (ΕΦΑΠΑΞ)

Αιτούμαι τη χορήγηση ασφαλιστικής παροχής(ΕΦΑΠΑΞ) λόγω θανάτου από:

Τ.Π.Δ.Υ / Τ.Α.Δ.Κ.Υ / Τ.Α.Κ.Ε / Τ.Π.Δ.Υ – ΝΠΔΔ /

Τ.Ε.Α.Χ

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης

ΝΑΙ / ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων)

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

Είχε λάβει προκαταβολή ΕΦΑΠΑΞ (**ΜΟΝΟ** για κληρικούς)

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχε λάβει προηγούμενη παροχή από το ΤΠΔΥ

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχε Εξαγορά στο Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων / Τ.Α.Δ.Κ.Υ
/ ΟΧΙ

ΝΑΙ

Είχε ασφάλιση για Πρόνοια Ν.103/75 έως 31.12.2005

ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ- ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Αιτούμαι τη χορήγηση για τον κανονισμό μερίσματος

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης

ΝΑΙ / ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων) ΑΠΟ.....

ΕΩΣ.....

.....
ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

.....
ΑΠΟ..... ΕΩΣ.....

Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης προϋπηρεσίας

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Στην περίπτωση του ΝΑΙ να προσκομίζεται από το μέτοχο το έγγραφο του λογαριασμού της αναγνώρισης του ΜΤΠΥ του χρόνου προϋπηρεσίας και τα σχετικά αποδεικτικά εξόφλησης της οφειλής

Επιθυμώ να αναγνωρίσω χρόνο ή εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είδος*	Αιτούμενο Χρονικό διάστημα	Εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης	Αρ. πρωτοκόλλου	Ημ. Αίτησης	Τρόπος εξόφλησης Εφάπαξ / Δόσεις
		ΝΑΙ / ΟΧΙ			Εφάπαξ / Δόσεις
		ΝΑΙ / ΟΧΙ			Εφάπαξ / Δόσεις

*Είδος:Πλασματικός Χρόνος, Πολιτική προϋπηρεσία , Στρατιωτική προϋπηρεσία

Ο/Η δηλών/ούσα

Ημερομηνία

...../...../.....