**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

|  |
| --- |
| *ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/ΘΑΝΟΥΣΗΣ* |
| O-H Όνομα: | Επώνυμο: |
| Όνομα Πατρός: | ΑΦΜ: | ΑΜΚΑ: |
| Οικ. Κατάσταση: | Ημ/νία Θανάτου: |

|  |
| --- |
| *ΣΤΟΙΧΕΙΑ AITOYNTΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ* |
| O-H Όνομα:  | Επώνυμο: | Ημ/νία Γέννησης: |
| Όνομα Πατρός: | ΑΦΜ: | ΑΜΚΑ: | ΑΔΤ: |
| Δ/νση κατοικίας: Χώρα: | Πόλη:Οδός/Αριθμός: | ΤΚ: |
| Τηλ. Επικ/νιας: | Email: |
| Σχέση με θανόντα/ούσα: | Ημ/νία γάμου/ συμφώνου συμβίωσης: | Οικογενειακή κατάσταση: |
| IBAN: |

|  |
| --- |
| *ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ* |
| Επώνυμο: Όνομα: Όνομα Πατρός: ΑΦΜ: |
| ΑΔΤ: Email: Τηλ. Επικ/νιας: |

**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 ανίκανο 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 ΝΑΙ / ΟΧΙ

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ΝΑΙ / ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων) ……………………………………………..………………………………………………………………………….

*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 παράλληλη ασφάλιση μέχρι 31/12/2016ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχε ασφάλιση σε φορέα του εξωτερικού και επιθυμώ την αξιοποίηση του χρόνου σύμφωνα με τους κοινοτικούς κανονισμούς της ΕΕ ΝΑΙ / ΟΧΙ

**Γ. Πλασματικοί χρόνοι ασφάλισης / αναγνώριση χρόνου**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 e-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 ΝΑΙ / ΟΧΙ

(Σε περίπτωση που δεν έχετε ΑΣΥΕ)

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Επιθυμώ  την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης  ΝΑΙ / ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων)  ……………………………………………..………………………………………………………………………….

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  |
|  |  |  |  | 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)  ……………………………………………..………………………………………………………………………….

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 ΝΑΙ / ΟΧΙ

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)  ……………………………………………..………………………………………………………………………….

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 πλασματικό 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  |
|  |  | ΝΑΙ / ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ / Δόσεις  |

\*Είδος:Πλασματικός Χρόνος, Πολιτική προϋπηρεσία , Στρατιωτική προϋπηρεσία

 **Ο/Η δηλών/ούσα**

Ημερομηνία ………../………../………