

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ<sup>1</sup>

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 ΕΦΑΠΞ 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<sup>(2)</sup> 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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΠΟΤΕ; .....
2. Με ποια ειδικότητα ασφαλιστήκατε στο ΕΤΕΑ;	Τελευταία <sup>1</sup> : .....

<sup>1</sup> Οι υπόλοιπες ειδικότητες δηλώνονται στη σελίδα 4

3. Σε ποιά Επικουρικό Ταμείο ή Κλάδο ή Τομέα ανήκετε;	<input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΕΚ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΟΤΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΤΒΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΔΕΗ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠ-ΕΡΤΤ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΥΚ, <input type="checkbox"/> ΟΑΕΕ, <input type="checkbox"/> ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, <input type="checkbox"/> ΤΑΣ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΔ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΕΙΓΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΟΖΟ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΝΤΠ, <input type="checkbox"/> ΚΕΑΝ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΠΕΝ, <input type="checkbox"/> ΕΛΕΜ-ΕΤΑΤ, <input type="checkbox"/> ΤΑΠΤΠ-ΕΤΑΤ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΙΣΥΤ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΤΤΑΘ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ(διευκρινήστε): .....		
4. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε <u>άλλο</u> Επικουρικό Ταμείο (ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΕΤΕΑ); Αν ναι, γράψτε την επωνυμία του Ταμείου αυτού. <i>Για άλλα Επικουρικά Ταμεία που έχουν συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑ, η δήλωση γίνεται στον πίνακα 1</i>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΤΑΜΕΙΟ: 1) ..... 2) ..... 3) .....		
5. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
6. Παίρνετε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; (αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (.....) ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
10. Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω γήρατος επιθυμείτε:			
α) Την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
- Έχει γίνει εξαγορά της σε <u>άλλο</u> Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; - Τρόπος εξόφλησης της εξαγοράς	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΕΦΑΠΑΕ( ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ) <input type="checkbox"/> ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ <input type="checkbox"/>		
β) Προαιρετική ασφάλιση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>		ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<i>Μετά τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου ασφάλισης παρακαλώ να εγκριθεί η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος.</i>			
γ) Επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους ασφάλισης (Ν. 3863/2010 άρθρο 10 παρ. 18) <i>Συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο</i>			
<b>ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:</b>	<b>ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:</b>		
<input type="checkbox"/> ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ	<input type="checkbox"/> ΣΠΟΥΔΕΣ	<input type="checkbox"/> ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	<input type="checkbox"/> ΧΡΟΝΟΣ ΚΥΗΣΗΣ/ΛΟΧΕΙΑΣ
<input type="checkbox"/> ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ	<input type="checkbox"/> ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
	<input type="checkbox"/> ΧΡΟΝΟΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ	<input type="checkbox"/> ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΕΒΑΛΕ ΕΙΣΦΟΡΕΣ <i>(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ)</i>	<input type="checkbox"/> ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ <i>(Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27/06/1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, επικαλούμενοι θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις )</i>
	<input type="checkbox"/> ΑΠΕΡΓΙΑ		

δ) Επιθυμείτε να αναγνωρίσετε χρόνο ασφάλισης στα Βαρέα & Ανθυγιεινά (παρ.2 άρθρο 20 Ν.3232/04)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
11. Είστε γονέας/ αδελφός/ σύζυγος αναπήρου και επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με σχετική ειδική διάταξη;	<input type="checkbox"/>			
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%;	<input type="checkbox"/>			
13. Έχετε προστατευόμενα μέλη; (σύζυγο, παιδιά ανήλικα ή σπουδάζοντα;)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
<b>Εαν ΝΑΙ δηλώστε:</b>				
<b>ΟΝΟΜΑ</b>	<b>ΣΥΓΓ. ΣΧΕΣΗ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>	<b>ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ</b>	<b>ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ</b>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

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

Δηλώστε τις επιχειρήσεις-εργοδότες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήματα που απασχοληθήκατε ως ασφαλισμένος/η του ΕΤΕΑ (όλα τα συγχωνευθέντα Ταμεία\*):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (από - έως)	ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (τέως)	ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώνετε X)

Σε περίπτωση που ο χώρος δεν επαρκεί συμπληρώνετε και άλλη Υπεύθυνη Δήλωση-Πίνακα με τις υπόλοιπες επιχειρήσεις-εργοδότες

\* βλπ πίνακας συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΕΤΕΑ, (ξεχωριστό έντυπο).

**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.		
<u>Για τους αλλοδαπούς υπηκόους τρίτων χωρών:</u> 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 IBAN.		
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 ποίο 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 ποίο 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.**

**Ο/Η ΑΙΤ..... - Ο/Η ΔΗΛ....**

.....201..

(Υπογραφή)