

# 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: Οδός/Αριθμός:		ΤΚ:
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) .....

#### **A. 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 ασφάλιση σε φορέα του εξωτερικού και επιθυμώ την αξιοποίηση του χρόνου ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είχε παράλληλη ασφάλιση μέχρι 31/12/2016 <span style="float: right;">ΝΑΙ / ΟΧΙ</span>		
Ταμείο	Ημερομηνία Από	Ημερομηνία Έως

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

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

Εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης πλασματικού χρόνου (από τον/την θανόντα/θανούσα) <span style="float: right;">ΝΑΙ / ΟΧΙ</span>				
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 (Ενστολο 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**

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 / ΟΧΙΕίχε λάβει προηγούμενη παροχή από το ΤΠΔΥ ΝΑΙ / ΟΧΙΕίχε Εξαγορά στο Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων / Τ.Α.Δ.Κ.Υ ΝΑΙ / ΟΧΙΕίχε 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 / ΟΧΙΕπιθυμώ 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 ...../...../.....