

# 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:<br>Οδός/Αριθμός:               |                         | ΤΚ:              |
| Τηλ. Επικ/νίας:                    |                                      | Email:                  |                  |
| Σχέση με θανόντα/ούσα:             | Ημ/νία γάμου/ συμφώνου<br>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<br>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) .....

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

ΝΑΙ / ΟΧΙ

| Είδος | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Αρ. πρωτοκόλλου | Ημ. Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης<br>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 χρόνο ή εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης

ΝΑΙ / ΟΧΙ

| Είδος* | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Εκκρεμεί αίτηση<br>αναγνώρισης | Αρ. πρωτοκόλλου | Ημ. Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης<br>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 ...../...../.....