


ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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 ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ»

ΠΡΟΣ:	 <p style="font-size: small; text-align: center;">Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης - Επικύρωσης Ασφαλιστών και Προσωπικού Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων</p>	<u>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</u>	<u>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</u>
		<i>*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Όνομα Συζύγου:		Επώνυμο Συζύγου:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημερομηνία έκδοσης:	
Εκδούσα Αρχή:		Α.Φ.Μ.:	
Δ.Ο.Υ.:		Α.Μ. ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ:	
		Α.Μ. ΙΚΑ:	
		ΑΜΚΑ:	
Ημερ/νία γέννησης ⁽¹⁾ :			Τόπος Γέννησης:
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Κινητό:	e-mail:
Κ.Φ.Α.:		ΥΠΟΚΑΤ/ΜΑ ΙΚΑ:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡ.:	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.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν1599/86 δηλώνω ότι:

1. Έχετε διακόψει την εργασίας σας και τότε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΠΟΤΕ;
2. Με ποια ειδικότητα ασφαλιστήκατε στο	

Ταμείο?		
3. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο; Αν ναι, γράψτε την επωνυμία του Ταμείου αυτού.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	TAMEIO: 1) 2) 3)	
4. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
5. Παίρνετε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
6. Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση	
7. Δηλώστε τις επιχειρήσεις και τα χρονικά διαστήματα που απασχοληθήκατε ως ασφαλισμένος/η του ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ:		
	ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
		ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
1..... Διεύθυνση	από.....έως.....
2..... Διεύθυνση	από.....έως.....
3..... Διεύθυνση	από.....έως.....
8. 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"/>
Δηλώστε: - Έχει γίνει εξαγορά της σε άλλο Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; - Τον τρόπο εξόφλησης της εξαγοράς	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ΕΦΑΠΑΞ (ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ) <input type="checkbox"/>	ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ <input type="checkbox"/>
β) Προαιρετική ασφάλιση (σε περίπτωση που το ποσοστό αναπηρίας είναι μικρότερο του 66,6%)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	Μετά τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου ασφάλισης παρακαλώ να εγκριθεί η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος.	
γ) Την εξαγορά χρόνου απασχόλησης σε Πράκτορες και Πραγματογνώμονες και Νόμιμους αντιπροσώπους ασφαλιστικών εταιρειών πριν την υποχρεωτική υπαγωγή	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

στην ασφάλιση του ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ (26/04/85) και μέχρι τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος πλην 35ετίας

Σε καταφατική περίπτωση δηλώστε:

- 1) Την επωνυμία της επιχείρησης
- 2) Το χρονικό διάστημα που απασχοληθήκατε σ' αυτή.

A.	ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
1.....			
Διεύθυνση		Από έως
2.....			
Διεύθυνση		Από έως
3.....			
Διεύθυνση		Από έως

δ) Επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους ασφάλισης (Ν. 3863/2010 άρθρο 10 παρ. 18) Συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο

ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:		ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:					
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ		ΣΠΟΥΔΕΣ		ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ		ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ		ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ			
ΧΡΟΝΟΣ ΚΥΗΣΗΣ-ΛΟΧΕΙΑΣ		ΧΡΟΝΟΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ		ΑΠΕΡΓΙΑ		*ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ	

*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27/06/1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, επικαλούμενοι θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις

Επίσης δηλώνω:

- α) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω το Τ.Ε.Α.-Ε.Α.Π.Α.Ε. 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)
- β) Ότι μου γνωστοποιήθηκε από το Τ.Ε.Α.-Ε.Α.Π.Α.Ε. πως θα διακόπτεται η καταβολή της σύνταξης μου αν απασχοληθώ σε εργασία ασφαλιστέα στο Ταμείο (παρ. 8 του αρ25. Καταστατικού).
- γ) Ότι μου γνωστοποιήθηκε από το Τ.Ε.Α.-Ε.Α.Π.Α.Ε. πως θα διακόπτεται η καταβολή της σύνταξης μου αν εργασθώ ή αυτοαπασχοληθώ σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 16 του Ν.3863/10.
- δ) Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας		
2. Βεβαίωση του τελευταίου εργοδότη στην οποία να αναφέρονται η ιδιότητα, ο χρόνος απασχόλησης και οι αποδοχές του τελευταίου 12μήνου πριν από το μήνα διακοπής της εργασίας καθώς και αν έχει πληρωθεί και ποιο χρονικό διάστημα η εισφορά γάμου (για έμμισθους).		
3. Φωτοτυπία τελευταίου εκκαθαριστικού εφορίας.		
4. Αντίγραφο συνταξιοδοτικής απόφασης Κύριου Φορέα Ασφάλισης όταν εκδοθεί.		
5. Φωτοαντίγραφα των ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ για το χρονικό διάστημα που ήσαστε ασφαλισμένη/ος στο Ταμείο μας.		
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 της κατηγορίας 8α και 8δ.		

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλείσθε να προσκομίζετε τις αποφάσεις του οργανισμού Κύριας Ασφάλισης κάθε φορά που μεταβάλλονται οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης. Η αίτηση στο Ταμείο πρέπει να υποβληθεί εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία υποβολής στον ΚΦΑ, αλλιώς θα τεθεί σε εφαρμογή η διάταξη της παρ.2 του αρ. 26 του Καταστατικού του Ταμείου.

Σε περίπτωση που λάβετε σύνταξη από το Ταμείο με βάση την προσωρινή απόφαση συνταξιοδότησης του ΚΦΑ υποχρεούσθε να προσκομίσετε την οριστική απόφαση του ΚΦΑ, προκειμένου να οριστικοποιηθεί η σύνταξή σας.

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 ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ
(Υπογραφή)

...../...../ 201....