

2. Με ποια ειδικότητα ασφαλιστήκατε στο Ταμείο;	.....
3. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο; (εκτός του ΤΕΑ –ΕΑΠΑΕ) 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. Σε περίπτωση μη θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος για πλήρη σύνταξη, επιθυμείτε την καταβολή μειωμένης σύνταξης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
8. 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"/> ΕΦΑΠΑΞ (ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ) <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ <input type="checkbox"/>
β) Προαιρετική ασφάλιση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Μετά τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου ασφάλισης παρακαλώ να εγκριθεί η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος.	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

γ) Την εξαγορά χρόνου απασχόλησης σε Πράκτορες και Πραγματογνώμονες και Νόμιμους αντιπροσώπους ασφαλιστικών εταιρειών πριν την υποχρεωτική υπαγωγή στην ασφάλιση του ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ (26/04/85) και μέχρι τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος πλην 35ετίας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Σε καταφατική περίπτωση δηλώστε:

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

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

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

ε) Επιθυμείτε να αναγνωρίσετε χρόνο ασφάλισης στα Βαρέα & Ανθυγιεινά (παρ.2 άρθρο 20 Ν.3232/04) ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

στ) Είστε γονέας/ αδελφός/ σύζυγος αναπήρου και επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με σχετική ειδική διάταξη;

ζ) 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%;

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 σύνταξής μου αν απασχοληθώ σε εργασία ασφαλιστέα στο Ταμείο (παρ. 7 αρ.25 Καταστατικού).

γ) Ότι μου γνωστοποιήθηκε από το Τ.Ε.Α.-Ε.Α.Π.Α.Ε. πως θα διακόπτεται η καταβολή της σύνταξής 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...