


Α Ι Τ Η Σ Η – 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 ΘΑΝΑΤΟΥ ασφαλισμένου»

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΗΣ

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|---------------------|--|-----------------|-----------|-----|
| 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.: | | | | ΑΜΚΑ: | | | | |
| Ημερ/νία γέννησης ⁽¹⁾ : | | | | | | Τόπος Γέννησης: | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | | | Οδός: | | | Αριθ: | ΤΚ: |
| Τηλ: | | | | Κινητό: | | | E – mail: | |
| Κύριος Φορέας Ασφ.: | | | | Υποκ/στημα ΙΚΑ : | | | | |

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.

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. Ημερομηνία Θανάτου του Ασφαλισμένου | |
| 2. Αριθμός Μητρώου Θανάτου / ούσης | ΙΚΑ ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ ΑΜΚΑ |
| 3. Ημερομηνία διακοπής εργασίας | |
| 4. Με ποια ειδικότητα ασφαλίστηκε στο ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ. | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Είχε υποβάλει αίτηση συνταξιοδότησης στο παρελθόν που να εκκρεμεί ή να απορρίφθηκε: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 6. Είχε 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) |
| 7. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής του/της στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 8. Λάμβανε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 9. Ημερομηνία εισόδου του/της θανάτος/ούσης στην κοινωνική ασφάλιση | | |
| 10. Δηλώστε τις επιχειρήσεις και τα χρονικά διαστήματα που απασχολήθηκε ο/η θανών/ούσα ως ασφαλισμένος/η του ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ | | |
| ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ | ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ |
| 1..... Διεύθυνση | | από.....έως..... |
| 2..... Διεύθυνση | | από.....έως..... |
| 3..... Διεύθυνση | | από.....έως..... |
| 11. Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω θανάτου ασφαλισμένου 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) 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 απασχολήθηκε σ' αυτή.

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

γ) 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

12. Έχετε ανήλικα ή σπουδάζοντα παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ δηλώστε όνομα και ημερομηνία γέννησης

| ΟΝΟΜΑ | ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
|---------|-------------------|
| α)..... | |
| β)..... | |
| γ)..... | |

Επίσης δηλώνω:

α) Ότι υποβάλλω την αίτηση αυτή και για τα παιδιά που αναφέρονται στον Πίνακα 12.

β) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω άμεσα το ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ εάν αν στο μέλλον εγώ ή τα παιδιά μου αναλάβουμε εργασία ή συνταξιοδοτηθούμε από κάθε αιτία και από οποιοδήποτε οργανισμό ή τροποποιηθεί η απόφαση κύριας σύνταξης ή διακοπεί η συνταξιοδότηση του κύριου φορέα για οποιοδήποτε λόγο. Επίσης, αν μεταβληθεί η οικογενειακή μας κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μας.

γ) 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 όλων των δικαιούχων. Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης. | | |
| 2. Πιστοποιητικό Δήμου πλησιέστερων συγγενών | | |
| 3. Εκκαθαριστικό εφορίας | | |
| 4. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών ότι δε διαλύθηκε και δεν ακυρώθηκε ο γάμος από το δικαστήριο. | | |
| 5. Ληξιαρχική πράξη θανάτου. | | |
| 6. Ληξιαρχική πράξη γάμου. | | |
| 7. Βεβαίωση του εκπαιδευτικού ιδρύματος φοίτησης του παιδιού σας, σε περίπτωση που σπουδάζει | | |
| 8. Αντίγραφο συνταξιοδοτικής απόφασης Κύριου Φορέα Ασφάλισης όταν εκδοθεί | | |
| 9. Φωτοαντίγραφα των ενσήμων του ΙΚΑ ΕΤΑΜ του/της θανόντος/θανούσης για το χρονικό διάστημα που ήταν ασφαλισμένος/η στο Ταμείο μας. | | |
| 10. Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN. | | |
| 11. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από εφορία (για μη έμμισθους) | | |
| 12. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων της κατηγορίας 11α και 11β. | | |

(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 ισχύει 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....