


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 του ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ του Ταμείου»

ΠΡΟΣ:	 Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης - Επικύρωσης Ασφαλιστών και Προσωπικού Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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.Κ.Α.	
Ημερ/νία γέννησης ⁽¹⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	
		TK:	
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

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

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	
		T.K:	
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. Δηλώστε τον: α) Αριθμό Μητρώου ΤΕΑ-ΕΑΠΑΕ του Συνταξιούχου β) Α.Μ.Κ.Α. του συνταξιούχου	α) β)								
2. Εργάζεστε ή συνταξιοδοτήστε από οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>								
3. Ημερομηνία συμπλήρωσης 65 ^{ου} έτους:								
4. Έχετε ανήλικα ή σπουδάζοντα παιδιά;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>								
Εάν ΝΑΙ δηλώστε όνομα και ημερομηνία γέννησης									
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">ΟΝΟΜΑ</td> <td style="text-align: center;">ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</td> </tr> <tr> <td>α).....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>β).....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>γ).....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	α).....	β).....	γ).....	
ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ								
α).....								
β).....								
γ).....								

Επίσης δηλώνω:

α) Ότι υποβάλλω την αίτηση αυτή και για τα παιδιά που αναφέρονται στον Πίνακα 3.

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. Ληξιαρχική πράξη θανάτου		
5. Ληξιαρχική πράξη γάμου		
6. Αντίγραφο συνταξιοδοτικής απόφασης Κύριου Φορέα Ασφάλισης όταν εκδοθεί.		
7. Βεβαίωση του εκπαιδευτικού ιδρύματος φοίτησης του παιδιού, σε περίπτωση που σπουδάζει.		
8. Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN.		

(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.

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