ΑΙΤΗΣΗΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ΠΡΟΣΩΠΙΚΑΣΤΟΙΧΕΙΑ* | | | | | | |
| Όνομα: | | | Επώνυμο: | | | |
| Όνομα Πατρός: | ΑΦΜ: | | | ΑΜΚΑ: | | ΑΔΤ: |
| Δ/νση κατοικίας:  Χώρα: | | Πόλη: | | | Οδός/Αριθμός:ΤΚ: | |
| Τηλ. Επικ/νιας: | | Email: | | | Οικ. Κατάσταση: | |

|  |
| --- |
| Σ*ΤΟΙΧΕΙΑΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ* |
| Επώνυμο: Όνομα: Όνομα Πατρός: ΑΦΜ: |
| ΑΔΤ: Email: Τηλ. Επικ/νιας: |

**ΠΡΟΣe-ΕΦΚΑΓΕΝΙΚΗΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣΥΝΤΑΞΕΩΝΔΗΜΟΣΙΟΥΤΟΜΕΑ&ΜΕΤΟΧΙΚΟΤΑΜΕΙΟΠΟΛΙΤΙΚΩΝΥΠΑΛΛΗΛΩΝ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗΔΗΛΩΣΗ**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου22τουν.1599/1986, δηλώνω τα εξής:

Οι χρόνοι ασφάλισής μου: α) ΔΕΝ μου χρησίμευσαν για να πάρω σύνταξη από οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό και β) για τους ίδιους χρόνους δεν έλαβα αποζημίωση αντί σύνταξης .

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣΚΥΡΙΑΣΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση σύνταξης από τον τελευταίο φορέα κύριας ασφάλισης:

α)ΕΦΚΑ– ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΑΙ/ ΟΧΙ

β)Άλλο ταμείο(πχ ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ ,κλπ)…………………………

# Α. Ειδικές πληροφορίες συνταξιοδότησης:

Επιθυμώ τη χορήγηση μειωμένης σύνταξης λόγω ορίου ηλικίας σε περίπτωση που δεν πληρώ τις προϋποθέσεις πλήρους σύνταξης. ΝΑΙ/ΟΧΙ

Επιθυμώ να συνταξιοδοτηθώ με τις διατάξεις των βαρέων ως προς την θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος, γνωρίζοντας ότι με τις ισχύουσες διατάξεις δεν θα λάβω προσαύξηση ΒΑΕ ΝΑΙ / ΟΧΙ

Επιθυμώ να συνταξιοδοτηθώ με τις σχετικές ειδικές διατάξεις καθ’ όσον εμπίπτω σε μία από τις ειδικές παθήσεις(αρ. απόφασης ΑΣΥΕ:……………………………………….)\* ΝΑΙ/ΟΧΙ

Επιθυμώ να συνταξιοδοτηθώ ως ο/η σύζυγος αναπήρου ΝΑΙ / ΟΧΙ(αρ. απόφασης ΑΣΥΕ ) \*

Επιθυμώ να συνταξιοδοτηθώ ως πατέρας/μητέρα ανίκανου τέκνου και δεν έχει γίνει χρήση από τον/τη σύζυγο.(αφορά τις περιπτώσεις που θεμελιώνουν και οι δύο γονείς από την 18/8/2015 και μετά) ΝΑΙ/ΟΧΙ

(αρ. απόφασης ΑΣΥΕ ) \*

\**ΣεαυτέςτιςπεριπτώσειςσυνταξιοδότησηςαπαραίτητηπροϋπόθεσηείναιηκρίσητηςΑνώτατηςΣτρατούΥγειονομικήςΕπιτροπής(ΑΣΥΕ)*

Δικαιούμαι απαλλαγή φόρου καθόσον έχω απόφαση ΚΕΠΑ και ποσοστό αναπηρίας πάνω από 80%ΝΑΙ / ΟΧΙ (αρ.απόφασηςΚΕΠΑ:……………………………………….,Έναρξη:…/……/……,Λήξη:……/……/……)

# Β.Διαδοχική ασφάλιση

Έχω χρόνο ασφάλισης σε άλλο/α ταμείο/α ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ΝΑΙ / ΟΧΙ(καταγραφή των ταμείων)……………………………………………..………………………………………………………………………….

*Σε περίπτωση που ΔΕ δηλώσετε την προηγούμενη ασφάλιση για την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ΔΕΝ μπορείτεμεταγενέστερα της συνταξιοδότησής σας να ζητήσετε προσμέτρηση του χρόνου αυτού. (Φ. 1500/ΟΙΚ 13016/562/12.11.2020εγγ.Του ΥΠΕΚΥΠ)*

Έχω ασφάλιση σε φορέα του εξωτερικού και επιθυμώ την αξιοποίηση του χρόνου ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Είχαπαράλληληασφάλισημέχρι31/12/2016

ΝΑΙ/ΟΧΙ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ταμείο | Ημερομηνία Από | Ημερομηνία Έως |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Γ.Πλασματικοί χρόνοι ασφάλισης/αναγνώριση χρόνου

Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης χρόνου(στρατού,σπουδών,παιδιών,ιδιωτικού τομέα κλπ) ΝΑΙ/ΟΧΙ

**Επιθυμώ** να αναγνωρίσω πλασματικό χρόνο **ή εκκρεμεί** αίτηση αναγνώρισης

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Δηλώνω ότι τον χρόνο/τους χρόνους που αιτούμαι να αναγνωρίσω στον κύριο φορέα ΔΕΝ τον/τους έχω

αναγνωρίσει σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης.

*Σε περίπτωση που κατά την αίτηση σας δηλώσετε ότι ΔΕΝ επιθυμείτε να αναγνωρίσετε χρόνο, το αίτημά σας δύναται νατροποποιηθείΜΟΝΟστηνπερίπτωσηπουδεθεμελιώνετεσυνταξιοδοτικόδικαίωμα.(Φ.8000/102641/10.12.2021εγκύκλιοςΥπ.Εργασίας)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Είδος | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Εκκρεμε ίαίτηση  αναγνώρισης | Αρ.πρωτοκόλλου | Ημ.Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης  Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |

# Δ. Συμπληρωματικά στοιχεία

Συνεχίζω να εργάζομαι μετά την παραίτηση: ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Είδος εργασίας:.....................................................

Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης:………………………………………………….. ΕΛΛΑΔΑ/ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

*Εργαζόμενοι συνταξιούχοι νοούνται όσοι:“ έχουν αναλάβει εργασία ή ιδιότητα ή δραστηριότητα , εφόσον για την εργασία ή τηνι διότητα ή την δραστηριότητα αυτή προκύπτει υποχρέωση ασφάλισης στον e-ΕΦΚΑ.”*

Έχω διατελέσει αιρετός ΝΑΙ/ ΟΧΙ

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 (Ένστολο ή Πολιτικό)**  Επιθυμώ την πρόσθετη κράτηση του 1,5% υπέρ Κ.Υ.Υ.Α.Π/ ΤΑ.Π.Α.Σ.Α ΝΑΙ/ΟΧΙ |

# Ε. Μόνιμη διαμονή στην Ελλάδα

Κάτοικος εξωτερικού: ΝΑΙ/ΟΧΙ

Υπήρξα νόμιμος/νόμιμη κάτοικος ή φορολογικός κάτοικος Ελλάδας για 40συνεχόμενα έτη μεταξύ του 15ου έτους ηλικίας μου και της εξόδου μου από την Υπηρεσία ΝΑΙ/ΟΧΙ

Είμαι Έλληνας/Ελληνίδα Ομογενής: ΝΑΙ/ΟΧΙ

Αλβανική Ιθαγένεια/ Προερχόμενος από Σοβιετική Ένωση

# ΣΤ. Προαιρετική ασφάλιση

Σε περίπτωση που δεν θεμελιώνω δικαίωμα επιθυμώ την υπαγωγή μου στην προαιρετική ασφάλιση ΝΑΙ/ΟΧΙ

*(εγκύκλιος2-03/01/2023)*

# Ζ .Παραπομπή σε ΑΣΥΕ

Επιθυμώ την παραπομπή στην Ανώτατη Στρατού Υγειονομική Επιτροπή (ΑΣΥΕ) για: ΑΙΤΩΝ-ΑΙΤΟΥΣΑ

ΣΥΖΥΓΟ

ΤΕΚΝΟ-Α:ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΑΦΜ: ΑΜΚΑ:

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση επικουρικής σύνταξης 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) .…..………………………………………………………….… ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

……………………………………………..………………………………………………………….… ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

……………………………………………..………………………………………………………….… ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

Επιθυμώτηχορήγησημειωμένηςεπικουρικήςσύνταξηςλόγωορίουηλικίαςσεπερίπτωσηπουδενπληρώτιςπροϋποθέσειςπλήρουςσύνταξης. ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης προϋπηρεσίας ΝΑΙ/ΟΧΙ

(ΑριθμόΠρωτοκόλλου)……………………………………………..………………………………………………………………………….

**Επιθυμώ** να αναγνωρίσω πλασματικό χρόνο **ή εκκρεμεί** αίτηση αναγνώρισης

ΝΑΙ/ ΟΧΙ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Είδος | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Εκκρεμε ίαίτηση  αναγνώρισης | Αρ. πρωτοκόλλου | Ημ. Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης  Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ (ΕΦΑΠΑΞ)**

Αιτούμαι τη χορήγηση ασφαλιστικής παροχής (ΕΦΑΠΑΞ) και δεν έχω λάβει επιστροφή εισφορών ΝΑΙ/ΟΧΙ

(επιλογή ταμείου)Τ.Π.Δ.Υ/Τ.Α.Δ.Κ.Υ/Τ.Α.Κ.Ε/Τ.Π.Δ.Υ- ΝΠΔΔ

Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης ΝΑΙ/ΟΧΙ

(καταγραφή των ταμείων)..………………………………………………………..………ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

……………………………………………..……………………………………………………..……ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

……………………………………………..…………………………………………………….….… ΑΠΟ……………….. ΕΩΣ………………..

Έχω λάβει προκαταβολή ΕΦΑΠΑΞ (**ΜΟΝΟ** για κληρικούς) ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Έχω λάβει προηγούμενη παροχή από το ΤΠΔΥ ΝΑΙ/ΟΧΙ

Έχω Δάνειο στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων (Τ.Π.Κ.Δ) κατά την έξοδο από την υπηρεσία ΝΑΙ/ΟΧΙ

Έχω εξοφλήσει Ολοσχερώς ΝΑΙ/ΟΧΙ

Έχω Εξαγορά στο Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων/Τ.Α.Δ.Κ.Υ ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Έχω 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: Πλασματικός Χρόνος,Πολιτική προϋπηρεσία, Στρατιωτική προϋπηρεσία

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Είδος\* | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Εκκρεμεί αίτηση  αναγνώρισης | Αρ. πρωτοκόλλου | Ημ. Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |

# Ο/Η δηλών/ούσα

Ημερομηνία………../………../………