

# ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

| <u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u> |        |                 |                      |
|---------------------------|--------|-----------------|----------------------|
| Όνομα:                    |        | Επώνυμο:        |                      |
| Όνομα Πατρός:             | ΑΦΜ:   | ΑΜΚΑ:           | ΑΔΤ:                 |
| Δ/ση κατοικίας: Χώρα:     | Πόλη:  |                 | Οδός/Αριθμός:<br>ΤΚ: |
| Τηλ. Επικ/νίας:           | Email: | Οικ. Κατάσταση: |                      |

| <u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</u> |        |                 |      |
|----------------------------|--------|-----------------|------|
| Επώνυμο:                   | Όνομα: | Όνομα Πατρός:   | ΑΦΜ: |
| ΑΔΤ:                       | Email: | Τηλ. Επικ/νίας: |      |

## **ΠΡΟΣ e-ΕΦΚΑ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ & ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.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 .

### **ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση σύνταξης από τον τελευταίο φορέα κύριας ασφάλισης:

- α) ΕΦΚΑ – ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΑΙ / ΟΧΙ  
β) Άλλο ταμείο (πχ ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, κλπ) .....

#### **A. 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 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.....) \*

*\* Σε αυτές τις περιπτώσεις συνταξιοδότησης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κρίση της Ανώτατης Στρατού Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΣΥΕ)*

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

#### **B. 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 μπορείτε μεταγενέστερα της συνταξιοδότησής σας να ζητήσετε προσμέτρηση του χρόνου αυτού. (Φ. 1500/ΟΙΚ 13016/562/12.11.2020 εγγ. Του ΥΠΕΚΥΠ)*

Είχα παράλληλη ασφάλιση μέχρι 31/12/2016 ΝΑΙ / ΟΧΙ

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

## 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

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

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 να τροποποιηθεί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που δε θεμελιώνετε συνταξιοδοτικό δικαίωμα. (Φ.8000/102641/10.12.2021 εγκύκλιος Υπ.Εργασίας)*

### 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 την ιδιότητα 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 (Ενστολο 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 40 συνεχόμενα έτη μεταξύ του 15<sup>ου</sup> έτους ηλικίας μου και της εξόδου μου από την Υπηρεσία

ΝΑΙ / ΟΧΙ

Είμαι Έλληνας/Ελληνίδα Ομογενής:

ΟΧΙ / Αλβανική Ιθαγένεια / Προερχόμενος από Σοβιετική Ένωση

### ΣΤ. Προαιρετική ασφάλιση

Σε περίπτωση που δεν θεμελιώνω δικαίωμα επιθυμώ την υπαγωγή μου στην προαιρετική ασφάλιση (εγκύκλιος 2- 03/01/2023)

ΝΑΙ / ΟΧΙ

### Ζ. Παραπομπή σε ΑΣΥΕ

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

ΑΙΤΩΝ-ΑΙΤΟΥΣΑ

ΣΥΖΥΓΟ

ΤΕΚΝΟ-Α: ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ:

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση επικουρικής σύνταξης από: Τ.Ε.Α.Δ.Υ / Τ.Α.Δ.Κ.Υ / Τ.Ε.Α.Π.Ο.Κ.Α / Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α / Τ.Ε.Α.Χ  
 Επιθυμώ την εφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης ΝΑΙ / ΟΧΙ  
 (καταγραφή των ταμείων) .....  
 Επιθυμώ τη χορήγηση μειωμένης επικουρικής σύνταξης λόγω ορίου ηλικίας σε περίπτωση που δεν πληρώ τις  
 προϋποθέσεις πλήρους σύνταξης. ΝΑΙ / ΟΧΙ  
 Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης προϋπηρεσίας ΝΑΙ / ΟΧΙ  
 (Αριθμό Πρωτοκόλλου) .....

**Επιθυμώ να αναγνωρίσω πλασματικό χρόνο ή εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης** ΝΑΙ / ΟΧΙ

| Είδος | Αιτούμενο Χρονικό διάστημα | Εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης | Αρ. πρωτοκόλλου | Ημ. Αίτησης | Τρόπος εξόφλησης Εφάπαξ / Δόσεις |
|-------|----------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|----------------------------------|
|       |                            | ΝΑΙ / ΟΧΙ                   |                 |             | 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) .....  
 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 πλασματικό χρόνο ή εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης** ΝΑΙ / ΟΧΙ

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

\*Είδος: Πλασματικός Χρόνος, Πολιτική προϋπηρεσία, Στρατιωτική προϋπηρεσία

**Ο/Η δηλών/ούσα**

Ημερομηνία ...../...../.....