# ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

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

| *ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ* | | | |
|---|---|---|---|
| Επώνυμο: | Όνομα: | Όνομα Πατρός: | ΑΦΜ: |
| ΑΔΤ: | Email: | Τηλ. Επικ/νιας: | |

**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) ……

**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.....) *

**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:……/……/……)

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

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

Είχα παράλληλη ασφάλιση μέχρι 31/12/2016 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

| 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 (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 40 συνεχόμενα έτη μεταξύ του 15ου 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 ΝΑΙ / ΟΧΙ
*(εγκύκλιος 2- 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:

## 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 / 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.....

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 |

## ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ (ΕΦΑΠΑΞ)

Αιτούμαι τη χορήγηση ασφαλιστικής παροχής (ΕΦΑΠΑΞ) και δεν έχω λάβει επιστροφή εισφορών (επιλογή ταμείου) Τ.Π.Δ.Υ / Τ.Α.Δ.Κ.Υ / Τ.Α.Κ.Ε / Τ.Π.Δ.Υ - ΝΠΔΔ ΝΑΙ / ΟΧΙ

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

*Είδος: Πλασματικός Χρόνος, Πολιτική προϋπηρεσία , Στρατιωτική προϋπηρεσία

**Ο/Η δηλών/ούσα**

Ημερομηνία ...../...../.....