ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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: ΌνομαΠατρός: ΑΦΜ: |
| ΑΔΤ: Email: Τηλ.Επικ/νιας: |

**ΠΡΟΣe-ΕΦΚΑ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ& ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ**

**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 οργανισμόκαι β) για τους ίδιους χρόνουςδεν έλαβα αποζημίωση αντί σύνταξης .

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΣΚΥΡΙΑΣΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση σύνταξης από τον τελευταίο φορέα κύριας ασφάλισης:

α)ΕΦΚΑ– ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΑΙ/ ΟΧΙ

β)Άλλο ταμείο(πχΤΣΜΕΔΕ,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/ησύζυγοςαναπήρου ΝΑΙ / ΟΧΙ ( αρ. απόφασης ΑΣΥΕ ) \*

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

\**Σεαυτέςτις 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.απόφασηςΚΕΠΑ:……………………………………….,Έναρξη:…/……/……,Λήξη:……/……/……)

# Β.Διαδοχικήασφάλιση

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

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

*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 13016/562/12.11.2020εγγ.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

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

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)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

# 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 ασφάλισηςστον 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 του1,5%υπέρ Κ.Υ.Υ.Α.Π/ ΤΑ.Π.Α.Σ.Α ΝΑΙ/ΟΧΙ |

# Ε. Μόνιμη διαμονή στηνΕλλάδα

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 ΣοβιετικήΈνωση

# 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 διαδοχική ςασφάλισης 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 (ΑριθμόΠρωτοκόλλου)……………………………………………..………………………………………………………………………….

**Επιθυμώ**νααναγνωρίσωπλασματικόχρόνο**ήεκκρεμεί**αίτησηαναγνώρισης

ΝΑΙ/ ΟΧΙ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Είδος | ΑιτούμενοΧρονικόδιάστημα | Εκκρεμείαίτηση  αναγνώρισης | Αρ.πρωτοκόλλου | Ημ.Αίτησης | Τρόποςεξόφλησης  Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |

**ΧΟΡΗΓΗΣΗΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣΠΑΡΟΧΗΣ(ΕΦΑΠΑΞ)**

Αιτούμαι τη χορήγηση ασφαλιστική ςπαροχής(ΕΦΑΠΑΞ)και δεν έχω λάβειεπιστροφή εισφορών ΝΑΙ/ΟΧΙ (επιλογήταμείου)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 παροχήαπό το ΤΠΔΥ ΝΑΙ/ΟΧΙ

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

Έχω Εξαγορά στο ΤαμείοΠρόνοιαςΔημοσίωνΥπαλλήλων/Τ.Α.Δ.Κ.Υ ΝΑΙ/ ΟΧΙ

Έχωασφάλιση γιαΠρόνοιαΝ.103/75έως31.12.2005 ΝΑΙ/ΟΧΙ

**ΜΕΤΟΧΙΚΟΤΑΜΕΙΟΠΟΛΙΤΙΚΩΝΥΠΑΛΛΗΛΩΝ-ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ**

Αιτούμαι τη χορήγηση για τον κανονισμό μερίσματος ΝΑΙ/ΟΧΙ

Επιθυμώ τηνεφαρμογή των διατάξεων της διαδοχικής ασφάλισης ΝΑΙ/ΟΧΙ (καταγραφήτωνταμείων)……………………………………………..………………………………………………………………………….

Έχειεκδοθείπράξηαναγνώρισηςπροϋπηρεσίας ΝΑΙ/ΟΧΙ *Στην περίπτωση του ΝΑΙ να προσκομίζεται από το μέτοχο το έγγραφο του λογαριασμού της αναγνώρισης του ΜΤΠΥ του χρόνουπροϋπηρεσίαςκαι τα σχετικάαποδεικτικάεξόφλησηςτηςοφειλής*

**Επιθυμώ**νααναγνωρίσω χρόνο**ή εκκρεμεί**αίτησηαναγνώρισης

ΝΑΙ/ ΟΧΙ

\*Είδος:ΠλασματικόςΧρόνος,Πολιτικήπροϋπηρεσία,Στρατιωτικήπροϋπηρεσία

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Είδος\* | ΑιτούμενοΧρονικόδιάστημα | Εκκρεμείαίτηση  αναγνώρισης | Αρ.πρωτοκόλλου | Ημ.Αίτησης | Τρόποςεξόφλησης |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |
|  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |  |  | Εφάπαξ/Δόσεις |

# Ο/Ηδηλών/ούσα

Ημερομηνία………../………../………