ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

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

|  |
| --- |
| Σ*ΤΟΙΧΕΙΑ 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 δε 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) ……………………………………………..………………………………………………………………………….

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 (Αριθμός 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 – Ν.Π.Δ.Δ.

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

Έχει εκδοθεί πράξη αναγνώρισης προϋπηρεσίας: ΝΑΙ / ΟΧΙ

(Αριθμός Πρωτοκόλλου) ……………………………………………..………………………………………………………………………….

*Στην περίπτωση του ΝΑΙ να προσκομίζεται από τον 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 ...... / …… / …………