

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ
(ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του, οπότε και απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του αιτούντος.

Το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, άρθρο 8, παρ.4). Επιπλέον, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3, του άρθρου 38, Ν. 3996/2011, περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εφόσον διαπιστωθεί αναληθής ή ανακριβής δήλωση δεδομένων, ο δηλών υποχρεούται σε επιστροφή κάθε αχρεωστήτως καταβληθείσας παροχής, έντοκα (σε περίπτωση που διαπιστωθεί υπαιτιότητα) ή άτοκα (εφόσον δεν διαπιστωθεί υπαιτιότητα). Σε περίπτωση που σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούστε με βάση την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οφείλετε να επιστρέψετε τις διαφορές ποσών με παρακράτηση του $\frac{1}{4}$ της μηνιαίας σύνταξης μέχρι την εξόφληση.

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ		
1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ				
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /-ΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)				
ΑΜΚΑ	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.	
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../.....
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	ΔΗΜΟΤΗΣ	ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(Οδός)	(Αριθμός)	(Τ.Κ.)	(Πόλη/Χωριό)	
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)				
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή/και να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα πεδία παρακάτω: <u>ΠΡΟΣΟΧΗ:</u> Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ'αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση τον νόμο «περί μεσαζόντων».				
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ		

Αν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
συμπληρώστε με X το διπλανό πεδίο (άρθρο 38 Ν.3996/2011)

Συμπληρώστε παραπλεύρως το έτος κατοχύρωσης του συνταξιοδοτικού δικαιώματος:

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ**2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (το συνολικό χρονικό διάστημα κάθε φορέα)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με X)	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ						
2.							
3.							
4.							
5.							
ΣΥΝΟΛΟ							
2.2 Εξακολουθείτε να εργάζεστε ;(σημειώστε με X στο διπλανό πεδίο) Αν ΟΧΙ τότε διακόψατε την εργασίας σας;					ΝΑΙ	ΟΧΙ	

3. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ

Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο:

3.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:		3.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:		ΣΠΟΥΔΕΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ		ΧΡΟΝΟΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Στρατολογικό Γραφείο		ΧΡΟΝΟΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ	ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ				ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΑΠΕΡΓΙΑ
ΧΡΟΝΟΣ ΚΥΗΣΗΣ-ΛΟΧΕΙΑΣ				ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ	*ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ

* Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27/06/1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, επικαλούμενοι θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις

4. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί η έκδοση σχετικής απόφασης, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο:

ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
						/.....
						/.....
						/.....

Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/ εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε **γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ :**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ**5. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο)**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.1 Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά ή να αναγνωρίσετε πλασματικούς χρόνους, στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;		
5.2 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;		
5.3 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του ΚΒΑΕ;		
5.4 Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις;		
5.5 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; Σημ.: Η ημερ/νία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας ενδέχεται να επηρεάσει την ημερ/νία έναρξης της συνταξιοδότησής σας		

5.6 Είστε γονέας/ αδελφός/ σύζυγος αναπήρου και επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με σχετική ειδική διάταξη;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
5.7 Παρουσιάζετε κάποια από τις ακόλουθες παθήσεις για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις: Τύφλωση, παρα-/τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίνωση, μόνιμες ορθοκυστικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων, με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
5.8 Βρίσκεστε σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση λόγω τυφλότητας; (για χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
5.9 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>

6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία εφόσον επιθυμείτε τη σχετική προσαύξηση:

	ΣΥΖΥΓΟΣ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	Δ΄ ΠΑΙΔΙ	Ε΄ ΠΑΙΔΙ
ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΑΜΚΑ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
*ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ή ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ/ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ						
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
**ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)						

* Η ασφάλιση στον ΟΓΑ θεωρείται εργασία

** Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας

6.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω; (σημειώστε με X)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
--	-----	-----

7. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(Συμπληρώστε στο πεδίο αυτό κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Με βάση τα στοιχεία που δηλώνω:

1. Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη με τις **ευνοϊκότερες** για μένα διατάξεις.
2. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων** στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή/και η ασφαλιστική κατάσταση μου ή των μελών της οικογένειάς μου για τα οποία θα λάβω παροχές.
3. Έλαβα γνώση πως η **κατάθεση των δικαιολογητικών** που υποχρεούμαι να προσκομίσω εντός 30 ημερών, είναι **απαραίτητη** για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ Υπογραφή)

(Όλα τα φωτοαντίγραφα δικαιολογητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφόσον προσκομίσετε τα πρωτότυπα)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		Συνημ.	Ελείπ.
ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ/ΑΠΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ			
1.	Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (απαιτούνται και για τα προστατευόμενα μέλη).		
2.	Για τους υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.		
3.	Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας ή ΕΛΤΑ με τον αριθμό λογαριασμού (IBAN).		
4.	Ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου φορέα, όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία.		
5.	Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΒΑΡΗ:			
6.	Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων μελών. Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα, ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό* γέννησης . Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.		
7.	Για τα προστατευόμενα μέλη- υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.		
8.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης* .		
9.	Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον ο/η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συνταξοδοτείται*.		
10.	Πιστοποιητικό σπουδών* , για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα (στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό) ή ΙΕΚ.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ:			
11.	Προσκόμιση ασφαλιστικού αριθμού ξένου φορέα.		
12.	Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα.		
ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ:			
13.	Σε περίπτωση επιδότησης λόγω ανεργίας, βεβαίωση του ΟΑΕΔ .		
14.	Για την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, πιστοποιητικό τύπου Α . Στην περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωριστεί, σχετική απόφαση αναγνώρισης* .		
15.	Για την αναγνώριση των λοιπών πλασματικών χρόνων του πίνακα 3.2 θα ενημερωθείτε για τα απαιτούμενα δικαιολογητικά από τις υπηρεσίες εσόδων του Υποκ/τος του τόπου κατοικίας σας.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΔΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ ΠΟΥ ΑΠΟΥΝΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ:			
16.	Απόφαση συνταξοδότησης ή απόκομμα επαγής της άλλης σύνταξης* .		
ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:			
17.	Αν ο εργοδότης είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις: α) Δήλωση προτίμησης (Εντυπο Σ9) σε τρία (3) αντίτυπα και β) Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών .		
18.	Εάν ο ασφαλισμένος έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, κατάθεση του επαγγελματικού δπλώματος οδήγησης .		
19.	Αν έχει σημειωθεί ΝΑΙ στην ερώτηση 5.9, απαιτείται Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται α)ότι το επίδομα παραπληγίας δεν καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εάν χορηγηθεί στο μέλλον από οποιοδήποτε φορέα, θα ενημερώσετε αμέσως την Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων, β) εφόσον έχετε νοσηλευτεί για διάστημα άνω των 30 ημερών, το ίδρυμα και ο χρόνος νοσηλείας σας .		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:			
21.	Εάν η αίτηση συνταξοδότησης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφαλισμένου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου καθώς και η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του αιτούντα/ασφαλισμένου .		
* μπορεί να αναζητηθεί και αυτεπάγγελα από τις αρμόδιες υπηρεσίες, εάν δεν προσκομιστεί από τον αιούντα.	ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ		
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή/σφραγίδα:			

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)**

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του, οπότε και απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του αιτούντος.

Το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, άρθρο 8, παρ.4). Επιπλέον, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3, του άρθρου 38, Ν. 3996/2011, περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εφόσον διαπιστωθεί αναληθής ή ανακριβής δήλωση δεδομένων, ο δηλών υποχρεούται σε επιστροφή κάθε αχρεωστήτως καταβληθείσας παροχής, έντοκα (σε περίπτωση που διαπιστωθεί υπαιτιότητα) ή άτοκα (εφόσον δεν διαπιστωθεί υπαιτιότητα). Σε περίπτωση που σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούστε με βάση την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οφείλετε να επιστρέψετε τις διαφορές ποσών με παρακράτηση του ¼ της μηνιαίας σύνταξης μέχρι την εξόφληση.

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /-ΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		
ΑΜΚΑ	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α. Φ. Μ.
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
/...../.....	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	ΔΗΜΟΤΗΣ
		ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(Οδός)	(Αριθμός)	(Τ.Κ.)
		(Πόλη/Χωριό)
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή/και να παρακολουθεί την υπόθεσή σας, συμπληρώστε τα πεδία παρακάτω: ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ'αμοιβή δίδεται ποινικά, με βάση τον νόμο «περί μεσαζόντων».		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ	

Αν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 συμπληρώστε με X το διπλανό πεδίο (άρθρο 38 Ν.3996/2011)

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ**2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (το συνολικό χρονικό διάστημα κάθε φορά)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με Χ)	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ						
2.							
3.							
4.							
5.							
ΣΥΝΟΛΟ							

2.2 Εξακολουθείτε να εργάζεστε; (σημειώστε με Χ στο διπλανό πεδίο)
Σημ.: Η συνέχιση της εργασίας ενδέχεται να επηρεάσει τη συνταξιοδότησή σας

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί η έκδοση σχετικής απόφασης, συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο:

ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
						/.....
						/.....
						/.....

Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/ εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε **γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ :**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ**4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο)**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

4.1 Εάν η αναπηρία σας οφείλεται σε ατύχημα, έχετε υποβάλλει δήλωση ατυχήματος;
 (Αν ΝΑΙ, συμπληρώστε στο κάτωθι πεδίο το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση)

4.2 Είναι ο εργοδότης σας **Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ**, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει **δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιούπαλληλικές ή κοινές διατάξεις;**

4.3 Έχετε απασχοληθεί ως **επαγγελματίας οδηγός** ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων;

Σημ.: Η ημερ/νία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας ενδέχεται να επηρεάσει την ημερ/νία έναρξης της συνταξιοδότησής σας

4.4 Βρίσκεστε σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση;
 (για χορήγηση του **επιδόματος απόλυτης αναπηρίας**)

ΝΑΙ

4.5 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το **εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας)** εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί;

ΝΑΙ

4.6 Επιθυμείτε να **προχρονολογηθεί η πάθησή σας;**

ΝΑΙ

Αν ΝΑΙ από ποιο έτος;

4.7 Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά, στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.8 Επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας Αν ΝΑΙ σημειώστε το Στρατολογικό Γραφείο:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.9 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας; Αν ΝΑΙ, αναγράψτε το Ταμείο/Υποκαταστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Αν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό σημειώστε τη χώρα και το χρονικό διάστημα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.10 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ανεργίας κατά τη τελευταία δεκαετία; Αν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό σημειώστε τη χώρα και το χρονικό διάστημα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία εφόσον επιθυμείτε τη σχετική προσαύξηση:

	ΣΥΖΥΓΟΣ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	Δ΄ ΠΑΙΔΙ	Ε΄ ΠΑΙΔΙ
ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΑΜΚΑ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....
*ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ή ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ/ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ						
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
**ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)						

* Η ασφάλιση στον ΟΓΑ θεωρείται εργασία

** Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας

5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω; (σημειώστε με Χ)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(Συμπληρώστε στο πεδίο αυτό κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Με βάση τα στοιχεία που δηλώνω:

1. Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη με τις ευνοϊκότερες για μένα διατάξεις.
2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή/και η ασφαλιστική κατάσταση μου ή των μελών της οικογένειάς μου για τα οποία θα λάβω παροχές.
3. Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω εντός 30 ημερών, είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/Υπογραφή))

(Όλα τα φωτοαντίγραφα δικαιολογητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφόσον προσκομίσετε το πρωτότυπο)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		Συνημ.	Ελείπ.
ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ/ΑΠΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ			
1.	Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (απαιτούνται και για τα προστατευόμενα μέλη).		
2.	Για τους υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.		
3.	Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας ή ΕΛΤΑ με τον αριθμό λογαριασμού (IBAN).		
4.	Ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου φορέα, όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία.		
5.	Δήλωση του τελευταίου εργοδότη (ΕΝΤΥΠΟ Σ5).		
6.	Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΒΑΡΗ:			
7.	Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων μελών. Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα, ληξαρχική πράξη ή πιστοποιητικό* γέννησης . Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.		
8.	Για τα προστατευόμενα μέλη- υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.		
9.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης* .		
10.	Ανίγραφο ή απόσπασμα ληξαρχικής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον ο/η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συνταξοδοτείται*.		
11.	Πιστοποιητικό σπουδών* , για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα (στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό) ή ΙΕΚ.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ:			
12.	Προσκόμιση ασφαλιστικού αριθμού ξένου φορέα.		
13.	Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα.		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΔΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ ΠΟΥ ΑΠΟΥΝΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:			
14.	Απόφαση συνταξοδότησης ή απόκομμα επαγής της άλλης σύνταξης*.		
ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:			
15.	Σε περίπτωση επιδότησης λόγω ανεργίας, βεβαίωση του ΟΑΕΔ .		
16.	Για την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, πιστοποιητικό τύπου Α . Στην περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωριστεί, σχετική απόφαση αναγνώρισης* .		
17.	Σε περίπτωση επιδότησης λόγω ασθένειας, βεβαίωση του αρμόδιου Ταμείου/ Υποκαταστήματος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.		
18.	Αν ο εργοδότης είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κανές διατάξεις: α) Δήλωση προτίμησης (Έντυπο Σ9) σε τρία (3) αντίτυπα και β) Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών .		
19.	Εάν ο ασφαλισμένος έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, κατάθεση του επαγγελματικού δπλώματος οδήγησης .		
20.	Αν έχει σημειωθεί ΝΑΙ στην ερώτηση 4.5, απαιτείται Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται α)ότι το επίδομα παραπληγίας δεν καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εάν χορηγηθεί στο μέλλον από οποιοδήποτε φορέα, θα ενημερώσετε αμέσως την Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων, β) εφόσον έχετε νοσηλευτεί για διάστημα άνω των 30 ημερών, το ίδρυμα και ο χρόνος νοσηλείας σας .		
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:			
21.	Εάν η αίτηση συνταξοδότησης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφαλισμένου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου καθώς και η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του απούντα/ασφαλισμένου .		
* μπορεί να αναζητηθεί και αιτεπάγγελτα από τις αρμόδιες υπηρεσίες, εάν δεν προσκομιστεί από τον απούντα.	ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ		
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή/σφραγίδα:			

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ Ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)**

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα και αφορά και τα ανήλικα ή ανίκανα τέκνα που δηλώνονται στον Πίνακα 5. Εφόσον η αίτηση υποβληθεί από νόμιμο εκπρόσωπό του αιτούντα, απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του αιτούντος.

Το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, άρθρο 8, παρ.4). Επιπλέον, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3, του άρθρου 38, Ν. 3996/2011, περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εφόσον διαπιστωθεί αναληθής ή ανακριβής δήλωση δεδομένων, ο δηλών υποχρεούται σε επιστροφή κάθε αχρεωστήτως καταβληθείσας παροχής, έντοκα (σε περίπτωση που διαπιστωθεί υπαιτιότητα) ή άτοκα (εφόσον δεν διαπιστωθεί υπαιτιότητα).

Σε περίπτωση που σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούστε με βάση την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οφείλετε να επιστρέψετε τις διαφορές ποσών με παρακράτηση του ¼ της μηνιαίας σύνταξης μέχρι την εξόφληση.

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:		* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ	
1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)					
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/-ΟΥΣΑ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)					
ΑΜΚΑ		ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ		Α. Φ. Μ.	
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ/...../.....	
ΔΗΜΟΤΗΣ	ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (Μόνο για συνταξιούχους):			
1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)					
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή/και να παρακολουθεί την υπόθεσή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία:					
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ'αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση τον νόμο «περί μεσαζόντων».					
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ	

Αν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 συμπληρώστε με X το διπλανό πεδίο (άρθρο 38 Ν.3996/2011)
 (Συμπληρώνεται μόνο για απονομή σύνταξης θανάτου)

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

(Συμπληρώνεται μόνο για απονομή σύνταξης θανάτου)

2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (το συνολικό χρονικό διάστημα κάθε φορέα)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με X)	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ						
2.							
3.							
4.							
5.							
ΣΥΝΟΛΟ							

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

Εφόσον ο θανών/ η θανούσα ήταν συνταξιούχος ή εκκρεμεί η έκδοση σχετικής απόφασης, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο:

ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
						/.....
						/.....
						/.....

Αν α) είχε ο θανών/ η θανούσα υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/ εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και απορρίφθηκε ή β) έλαβε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, **γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ :**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο)

4.1 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα, έχει υποβληθεί δήλωση ατυχήματος; (Αν ΝΑΙ, συμπληρώστε στο κάτωθι πεδίο το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση) 	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.2 Αν κάποιος από τους δικαιούχους δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, επιθυμείτε τη χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας; <div style="text-align: right;"> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> </div> Αν ΝΑΙ αναγράψτε το/τα ονοματεπώνυμο/-α του πάσχοντος/ των πασχόντων: 1)..... 2).....		
4.3 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί; <div style="text-align: right;"> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> </div> Αν ΝΑΙ αναγράψτε το/τα ονοματεπώνυμο/-α του πάσχοντος/ των πασχόντων: 1)..... 2).....		

4.4 Επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας του θανόντος ; (μονο για την απονομή σύνταξης θανάτου) Αν ΝΑΙ σημειώστε το Στρατολογικό Γραφείο: Σημ.: Η αναγνώριση χρησιμοποιείται για θεμελίωση μόνο μετά τη συμπλήρωση του 60 ^{ου} έτους του επιζώντα ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου. Στην περίπτωση που έχει ήδη αναγνωριστεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του θανόντος ασφαλισμένου, συμπληρώστε παραπλεύρως το Υποκ/μα και τα στοιχεία της Απόφασης:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης/...../.....	

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

	ΧΗΡΟΣ /ΧΗΡΑ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	ΑΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ -Η
ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ						
ΑΜΚΑ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ή ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ/ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ						
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)						

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(Συμπληρώστε στο πεδίο αυτό κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Με βάση τα στοιχεία που δηλώνω:

1. Παρακαλώ να χορηγήσετε σύνταξη σε μένα και τα δικαιούχα πρόσωπα με τις ευνοϊκότερες για εμάς διατάξεις.
2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να **ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως** την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων στην περίπτωση που εγώ ή οι άλλοι δικαιούχοι **εργαστούμε ή συνταξιοδοτηθούμε** από κάθε απία και από οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό ή το Δημόσιο ή από φορέα ασφάλισης του εξωτερικού ή **λάβουμε επίδομα**. Την ίδια υποχρέωση αναλαμβάνω και για τις περιπτώσεις **μεταβολής της οικογενειακής μας κατάστασης** (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβολής της **διεύθυνσης κατοικίας** μας. Επίσης, λαμβάνω γνώση ότι είναι απαραίτητο να δηλωθεί αμέσως η **τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών** των τέκνων που θα λάβουν σύνταξη λόγω θανάτου, ή η παράτασή της μετά τη λήξη και πριν τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας.
3. Έλαβα γνώση πως η **κατάθεση των δικαιολογητικών** που υποχρεούμαι να προσκομίσω εντός 30 ημερών, είναι **απαραίτητη** για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/Υπογραφή))

(Όλα τα φωτοαντίγραφα δικαιολογητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφόσον
προσκομίσετε το πρωτότυπο)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Συνημ.

Ελείπ.

ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

1. **Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας** του απούντα και των λοιπών δικαιούχων. Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, **ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης***. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), **φωτοαντίγραφο διαβατηρίου** (απαιτούνται και για τα τέκνα).
2. Για τους απούντες και τους λοιπούς δικαιούχους υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, **διαβατήριο και άδεια παραμονής** σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.
3. **Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας ή ΕΛΤΑ του απούντα** με τον αριθμό λογαριασμού (IBAN).
4. **Ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** του θανόντα/ της θανούσας και ,για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου φορέα, όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία.
.....
.....
5. **Ληξιαρχική πράξη θανάτου***.
6. **Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος** του απούντα και των λοιπών δικαιούχων .
7. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*** του θανόντος/ της θανούσας .
8. **Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης γάμου*** ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη για τον χήρο/χήρα του θανόντος/της θανούσας.
9. **Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη λύσεως γάμου μέχρι την ημερομηνία θανάτου του συζύγου**, για τον χήρο/χήρα του θανόντος/της θανούσας.
10. **Πιστοποιητικό σπουδών***, για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα (στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό) ή ΙΕΚ..
11. Στην περίπτωση που ο απών δεν είναι ο χήρος/ η χήρα ή παιδί του θανόντος/της θανούσας (διαζευγμένος/η ή λοιποί δικαιούχοι), **πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*** του απούντος.
12. Στη περίπτωση που ο δικαιούχος έχει λάβει διαζύγιο από τον θανόντα/τη θανούσα, **πιστοποιητικό καταβολής διατροφής από τον θανόντα/τη θανούσα** (δικαστική απόφαση ή ιδιωτικό συμφωνητικό ή δήλωση φορολογίας εισοδήματος που αφορά το έτος θανάτου).

ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

13. Για την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, **πιστοποιητικό τύπου Α**. Στην περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωρισθεί, σχετική **απόφαση αναγνώρισης***.
14. Αν έχει σημειωθεί ΝΑΙ στην ερώτηση 4.3, απαιτείται **Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται α)ότι το επίδομα παραπληγίας δεν καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εάν χορηγηθεί στο μέλλον από οποιοδήποτε φορέα, θα ενημερώσετε αμέσως την Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων, β) εφόσον έχετε νοσηλευτεί για διάστημα άνω των 30 ημερών, το ίδρυμα και ο χρόνος νοσηλείας σας.**

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

15. Εάν η αίτηση συνταξοδότησης υποβληθεί από εκπρόσωπο του/των δικαιούχου/ων, απαιτείται η προσκόμιση **επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου, καθώς και η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του απούντα/ασφαλισμένου.**

* μπορεί να αναζητηθεί και αυτεπάγγελτα από τις αρμόδιες υπηρεσίες, εάν δεν προσκομιστεί από τον απούντα.

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή/σφραγίδα:

.....

ΆΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

.....
.....
.....
.....