

ΑΔΑ:

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ :

ΕΠΩΝΥΜΟ : Το Υποκατάστημα
I.K.A. – E.T.A.M.

ΟΝΟΜΑ : Τμήμα Εσόδων

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : Παρακαλώ να μου αναγνωρίσετε ως
χρόνο ασφάλισης στον κλάδο κύριας
Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σύμφωνα με
τις διατάξεις του άρθρου 40 του
ν.3996/2011,.....
.....(.....)ημέρες
(ολογράφως) (αριθμητικώς)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΟΔΟΣ : για τα χρονικά διαστήματα:
από.....μέχρι.....(.....)ημέρες
από.....μέχρι.....(.....)ημέρες
από.....μέχρι.....(.....)ημέρες
από.....μέχρι.....(.....)ημέρες
από.....μέχρι.....(.....)ημέρες

ΑΡΙΘΜΟΣ : Τ.Κ. : κατά τα οποία δεν έχει χωρήσει
ασφάλισή μου σε οιονδήποτε φορέα
κύριας ή επικουρικής ασφάλισης ή το
Δημόσιο.

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ : Επιπρόσθετα σας γνωρίζω ότι,
επιθυμώ να καταβάλω τις αναλογούσες
ασφαλιστικές εισφορές για την εν λόγω
αναγνώριση εφάπαξ / σε δόσεις/ με
παρακράτηση από τη σύνταξή μου.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΑΜΚΑ :.....

Α.Μ. Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. :

Α.Φ.Μ. :.....

Αθήνα,/...../.....

.....Αιτ.....

Συνημμένα :.....

ΑΔΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω :

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ :

ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ :

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜ. – Τ.Κ. – ΠΟΛΗ ή :

ΧΩΡΙΟ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ :	Εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο ή επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
------------------	--

ΑΔΑ:**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :**

- 1. Αίτηση**
- 2. Ασφαλιστικά βιβλιάρια** του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (για χρονικές περιόδους μέχρι 31/12/2001) και τυχόν άλλων φορέων. Σε περίπτωση έλλειψής τους, απόφαση ή βεβαίωση των αντίστοιχων φορέων για την ασφάλιση που έλαβε χώρα σε αυτούς.
- 3. Υπεύθυνη δήλωση** του ν.1599/86 στην οποία θα δηλώνεται ότι:
 - ο ζητούμενος προς αναγνώριση χρόνος δεν έχει αναγνωρισθεί σε άλλο φορέα ασφάλισης, ούτε θα υποβληθεί στο μέλλον παρόμοιο αίτημα.
 - Ουδέποτε υπήρξε ασφαλισμένος άλλου ασφαλιστικού φορέα (για τους ασφαλισμένους μόνο στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ).

ΑΔΑ:



/ / 2011

Αριθμ. Πρωτ.

.....Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Τμήμα Εσόδων

Ταχ. Διεύθυνση :.....

Πληροφορίες :.....

Αριθ. τηλεφώνου :.....

FAX :.....

E – mail :.....

ΘΕΜΑ : « Αναγνώριση στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χρόνου για τον οποίο δεν έχει χωρήσει ασφάλιση σε οιονδήποτε φορέα κύριας ή επικουρικής ασφάλισης ή το Δημόσιο τ... ασφαλισμέν... ..
Α.Μ.Α., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του Ν.3996/2011 »

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής του Υποκ/τος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Έχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 παρ.8 του ΑΝ.1846/51 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και 119 του Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 40 του Ν. 2084/1992, όπως αντικαταστάθηκαν από αυτές των άρθρων 10 παρ. 18 του Ν.3863/2010 και 40 του Ν. 3996/2011.
3. Την με αριθμ. αίτηση τ... ασφαλισμέν.....
.....ΑΜΑ.....
ΑΜΚΑ.....
4. Την από Υπεύθυνη Δήλωση τ... ασφαλισμέν....
5. Την από εισήγηση του Τμήματος Εσόδων.

ΑΔΑ:**Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το νόμο**

Επειδή ο/η ανωτέρω με την από αίτησή τ... ζητά να αναγνωρίσει το χρόνο κατά τον οποίο δεν έχει ασφαλισθεί σε οιονδήποτε φορέα κύριας ή επικουρικής ασφάλισης ή το Δημόσιο, στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του Ν.2084/1992, όπως αντικαταστάθηκαν από αυτές των άρθρων 10 παρ. 18 του Ν.3863/2010 και 40 του Ν. 3996/2011.

Επειδή για τ.. ανωτέρω ασφαλισμέν..., όπως προκύπτει από τα υποβληθέντα στοιχεία, δεν έχει χωρήσει ασφάλιση σε οιονδήποτε φορέα για χρονικό διάστημα..... (.....) μηνών από..... μέχρι..... από..... μέχρι..... από..... μέχρι..... από..... μέχρι..... από το οποίο ζητεί να αναγνωρίσει συνολικά..... (.....) μήνες ήτοι..... (.....) ημέρες.

Επειδή για την εν λόγω αναγνώριση οι εισφορές υπολογίζονται με βάση το ποσοστό εισφορών (ασφαλισμένου και εργοδότη) του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη (ΗΑΕ), που ισχύουν κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.

Επειδή, κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, το ποσοστό ασφάλισης του Κλάδου Κύριας Σύνταξης (εργοδότη και ασφαλισμένου) του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και το ΗΑΕ έχουν διαμορφωθεί σε% καιευρώ αντιστοίχως.

Επειδή, σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, πρέπει να καταβληθούν εισφορές ποσού.....ευρώ (ΗΑΕ.....ευρώ Χ.....ημέρες Χ.....%) τις οποίες ο/η αιτ..... ζήτησε να καταβάλει εφάπαξ /σε δόσεις/ με παρακράτηση από τη σύνταξη .

Επειδή, στην περίπτωση που οι ανωτέρω εισφορές καταβληθούν εφάπαξ, εντός τριμήνου από την κοινοποίηση της παρούσας, παρέχεται έκπτωση 15% και συνεπώς, το σύνολο των οφειλομένων εισφορών διαμορφώνεται σεευρώ (.....Χ85%)

Επειδή επί εξόφλησης του ποσού με δόσεις, ο αριθμός αυτών ισούται με τον αριθμό των αναγνωριζόμενων μηνών, ο /η δε αιτ..... ζήτησε την με δόσεις(.....) καταβολή, της πρώτης (δόσης) καταβαλλόμενης μέχρι το τέλος του επόμενου της κοινοποίησης μήνα, κάθε μιας δε από τις υπόλοιπες μέχρι το τέλος κάθε επόμενου μήνα.

ΑΔΑ:

Επειδή ο /η αιτ..... θεμελιώνει με τον αναγνωριζόμενο χρόνο συνταξιοδοτικό δικαίωμα, ζητεί δε να εξοφληθεί το σύνολο των εισφορών(..... ευρώ) με παρακράτηση από τη σύνταξη ποσού ίσου με το $\frac{1}{4}$ αυτής.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την αναγνώριση στ..... ασφαλισμέν.....

Α.Μ.Α.....ΑΜΚΑ.....

.....(.....) ημερών
(αριθμητικώς)

στην ασφάλιση του Κλάδου κύριας σύνταξης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με εξόφληση του αντίστοιχου ποσού που ανέρχεται σε.....ευρώ και.....λεπτά (.....ευρώ)

(ολογράφως)

(αριθμητικώς)

εφάπαξ / σε μηνιαίες δόσεις / με παρακράτηση από τη σύνταξη ποσού ίσου με το $\frac{1}{4}$ της μηνιαίας σύνταξης.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1.κ.....

.....

.....

Με απόδειξη παραλαβής και την πληροφορία ότι:

α) Κατά της απόφασης αυτής μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός 30 ημερών από την παραλαβή της

β) Σε περίπτωση καθυστέρησης καταβολής κάποιας δόσης, αυτή επιβαρύνεται με τα προβλεπόμενα πρόσθετα τέλη(3% για τον πρώτο μήνα καθυστέρησης και 1% για κάθε επόμενο μήνα και μέχρι 120%συνολικά)

2. Τμήμα Συντάξεων

(εφόσον εκκρεμεί συνταξιοδοτικό αίτημα)