



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓ/ΤΙΩΝ
(ΟΑΕΕ)

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ

Δ/ΝΣΗ:

ΤΜΗΜΑ:

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:

ΠΛΗΡΟΦ:

ΤΗΛΕΦ:

FAX:

...../...../.....201..

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.:.....

**ΠΡΑΞΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
(Άρθρο 32 παρ. 5 του Ν. 4075/2012)**

ΠΡΟΣ: Επώνυμο :..... Όνομα :.....
Πατρ/μο :..... Ταχ.Κ.:.....
Δ/νση :.....
Α.Μ.Κ.Α. :.....
Α.Φ.Μ. :.....
Αριθμός Μητρώου:..... Παλαιός Α.Μ. :.....

Έχοντας υπόψη την από αριθ.πρ.
αίτησή σας και :

1. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012.
2. Την αριθ. Φ 80000 / 10255 / 334 / 2012 (ΦΕΚ1849 Β / 13 – 6 - 2012) Υπουργική Απόφαση.
3. Την αριθ. Φ 80000/10398/303/18-4-2013 (ΦΕΚ 1091 Β / 2-5-2012) Υπουργική Απόφαση.
4. Το ΠΔ 5/2007 και το ΠΔ 154/06.

Κ Α Τ Α Τ Α Σ Σ Ο Υ Μ Ε

Τ.... ασφαλισμέν.....
(ΕΑΜ.....) από την ασφαλιστική κατηγορία, στην
ασφαλιστική κατηγορία του Κλάδου Σύνταξης, από

Η κατάταξη ισχύει για όσο χρόνο ο ασφαλισμένος καταβάλλει εμπρόθεσμα τις ασφαλιστικές εισφορές ή τηρεί τους όρους της ρύθμισης στην οποία έχει υπαχθεί και λήγει αυτοδίκαια την 31/12/2014.

Μετά την ημερομηνία αυτή ή σε περίπτωση απώλειας του δικαιώματος ο ασφαλισμένος κατατάσσεται στην υποχρεωτική ασφαλιστική κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ 5/07.

Δικαίωμα επαναφοράς στην υποχρεωτική κατηγορία δύναται να ασκηθεί οποτεδήποτε με νέα αίτηση του ασφαλισμένου.

.... ΠΡ/Ν.....

.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓ/ΤΙΩΝ
(ΟΑΕΕ)

ΑΙΤΗΣΗ

(για κατάταξη σε χαμηλότερη ασφαλιστική κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

E-MAIL.....

της

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΟΑΕΕ.....

ΑΜΚΑ.....

Α.Φ.Μ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ.....

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ.....

ΠΡΟΣ: Ο.Α.Ε.Ε.

ΤΜΗΜΑ.....

Παρακαλώ, όπως με κατατάξετε
από την ασφαλιστική
κατηγορία, στην.....ασφαλιστική
κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις

παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012.

Έλαβα γνώση ότι:

- η κατάταξη ισχύει για όσο χρόνο κατά-
βάλλονται οι εμπρόθεσμα οι ασφαλι-
στικές εισφορές ή τηρούνται οι όροι
της ρύθμισης στην οποία έχω υπαχθεί
και λήγει αυτοδίκαια την 31/12/2014.
- στην περίπτωση απώλειας θα επα-
νέλθω στην υποχρεωτική ασφαλιστι-
κή κατηγορία.

Ο/Η ΑΙΤ.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΑΡΙΘ.ΠΡΩΤ.:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: