

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

Η αίτηση αυτή είναι απλή και συμπληρώνεται εύκολα. Όμως, εάν υπάρχουν δυσκολίες, ο αιτών μπορεί να τη συμπληρώσει με τη βοήθεια υπαλλήλου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΤΕΑΜ:	* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
----------------	------------------------------	-------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /-ΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../.....
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ		ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΗΜΟΤΗΣ	ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(Οδός)	(Αριθμός)	(Τ.Κ.)	(Πόλη/Χωριό)	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α. Φ. Μ.		Δ.Ο.Υ.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Δ1.** Φωτοαντίγραφο **αστυνομικής ταυτότητας**. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο **διαβατηρίου**.
- Δ2.** 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.
- Δ3.** Απόφαση συνταξιοδότησης κύριου φορέα. **Αν έχει ήδη εκδοθεί απόφαση κύριου φορέα** - αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης – συμπληρώστε τα πεδία στον Πίνακα 5.
- Δ4.** Όλα τα παλαιά **ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** και τα **Αποσπάσματα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης**. Εάν δεν έχουν εκδοθεί τα τελευταία Αποσπάσματα, υποβάλλεται προσωρινή βεβαίωση του εργοδότη για την αντίστοιχη χρονική περίοδο.
- Δ5.** Φωτοαντίγραφο πρόσφατου **εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ.** Αν επιθυμείτε την αυτεπάγγελτη αναζήτηση σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ
- Δ6.** Φωτοτυπία **σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας** με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Π 2.1. Α. Πότε ασφαλιστήκατε στο ΕΤΕΑΜ;	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	
Β. Έχετε ασφαλιστεί προαιρετικά στο ΕΤΕΑΜ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γ. Αναφέρατε εργοδότες και ειδικότητες απασχόλησης από το 1979 έως το 1983		

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ
1.	1.
2.	2.
3.	3.
<p>Π 2.2. Α. Ήσασταν ή είστε ασφαλισμένος σε επικουρικό Ταμείο του Δημοσίου ή σε άλλο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης;</p> <p>Αν ΝΑΙ, σε ποιο Ταμείο;</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>TAMEIO</p> <p>1. 2.</p>
<p>Β. Επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης του άλλου Ταμείου με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;</p> <p>Αν ΝΑΙ, γράψτε το όνομα του Ταμείου.</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>TAMEIO</p> <p>1. 2.</p>
<p>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ7. Όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία του άλλου Ταμείου. <input type="checkbox"/></p>	
<p>Π 2.3. Α. Είχατε ποτέ ασφαλιστεί σε κάποιο επικουρικό Ταμείο που συγχωνεύτηκε στο ΕΤΕΑΜ;</p> <p>Αν ΝΑΙ, αναφέρατε το όνομα του Ταμείου.</p> <p>Β. Αναγνωρίσατε χρόνο πλασματικό στα Ταμεία αυτά;</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>TAMEIO</p> <p>1. 2.</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>Δ8. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία του συγχωνευθέντος Ταμείου. <input type="checkbox"/></p>	
<p>Π 2.4. Είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΕΤΕΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε, η οποία απορρίφθηκε, ή πήρατε στο παρελθόν σύνταξη από το ΕΤΕΑΜ ή από το Ταμείο που συγχωνεύτηκε, η οποία διακόπηκε;</p> <p>Αν ΝΑΙ, αναφέρατε το Ταμείο που συγχωνεύτηκε ή το Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ</p> <p>TAMEIO</p>
<p>Π 2.5. Έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο επικουρικό Ταμείο, η οποία εκκρεμεί;</p> <p>Αν ΝΑΙ, γράψτε το όνομα του επικουρικού Ταμείου.</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>TAMEIO</p>
<p>Π 2.6. Έχετε επιδοτηθεί από το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ ή άλλο Ταμείο λόγω ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ κατά την τελευταία δεκαετία;</p> <p>Αν ΝΑΙ, γράψτε το Υποκατάστημα ΙΚΑ – ΕΤΑΜ ή το Ταμείο.</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΤΑΜΕΙΟ</p>
<p>Π 2.7. Έχετε επιδοτηθεί από τον ΟΑΕΔ λόγω ΑΝΕΡΓΙΑΣ κατά την τελευταία δεκαετία;</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ9. Βεβαίωση επιδότησης ανεργίας από τον ΟΑΕΔ. <input type="checkbox"/></p>	

Π 2.8. Σας επεστράφησαν ποτέ οι εισφορές από το ΕΤΕΑΜ ή από Ταμείο που συγχωνεύτηκε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

Π 3.1. Αν παίρνετε άλλη επικουρική σύνταξη, ατομική ή από μεταβίβαση, να συμπληρώσετε τον παρακάτω πίνακα.

ΤΑΜΕΙΟ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΓΗΡΑΤΟΣ-ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ-ΘΑΝΑΤΟΥ)	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΥ ΣΥΓΧΩΝΕΥΤΗΚΕ
--------	--	--------------------------	----------------------------

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Δ10. Απόφαση συνταξιοδότησης **μόνο** όταν η σύνταξη χορηγείται από φορέα που δεν ανήκει στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δ11. Απόκομμα επιταγής ή πρόσφατο ενημερωτικό σημείωμα πληρωμής σύνταξης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Π 4.1. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ, εφόσον με συμφέρει <input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ , αναγράψτε το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο			
Στην περίπτωση που έχετε ήδη αναγνωρίσει στο ΕΤΕΑΜ χρόνο στρατιωτικής θητείας, συμπληρώστε το πεδίο παραπλεύρως.	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ΑΡΙΘΜΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/.....		
Π 4.2. Έχετε ήδη αναγνωρίσει και αξιοποιήσει το χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας σε άλλο φορέα;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Π 4.3. Επιθυμείτε αναγνώριση πλασματικού χρόνου σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Π 4.4. Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε προαιρετικά στο ΕΤΕΑΜ για να συμπληρώσετε τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για τη συνταξιοδότησή σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Π 4.5. Αν εμπίπτετε στις διατάξεις του άρθρου 58 παρ.1 του Ν. 3518/06 (τυφλός - ή) για τη χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας, σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ παραπλεύρως		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Γράψτε στο πεδίο αυτό τα στοιχεία του δικαιολογητικού Δ3 του Πίνακα 1, καθώς και κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία που θεωρείτε απαραίτητο να δηλώσετε με την αίτηση αυτή.

ΦΟΡΕΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (Γήρατος-αναπηρίας)	ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
--------	-------------------------------	---------------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

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

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.-Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:

Δ12. Φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση το νόμο «περί μεσαζόντων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη*; με τις ευνοϊκότερες για μένα διατάξεις και σας δηλώνω ότι:

1. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων**, αν στο μέλλον πάρω άλλη επικουρική σύνταξη ή τροποποιηθεί η απόφαση κύριας σύνταξης ή διακοπεί η συνταξιοδότηση του κύριου φορέα για οποιοδήποτε λόγο ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μου.
2. Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.
3. Μετά τη συμπλήρωση και την υπογραφή του, **το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση.**

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

(Υπογραφή)

* Συμπληρώνεται η αιτία της συνταξιοδότησης (γήρατος – αναπηρίας).

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ: 1. Τα δικαιολογητικά - πλην των με αρ. Δ7, Δ8, Δ10 και Δ11 - θα υποβάλλονται μόνον όταν κύριος φορέας συνταξιοδότησης δεν είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

2. Όλα τα φωτοαντίγραφα των πιστοποιητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον έχετε το πρωτότυπο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που παρέλαβε την αίτηση:

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που θα εκδώσει την απόφαση συνταξιοδότησης :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

...../...../.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

...../...../.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

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

ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ

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

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή/σφραγίδα: