ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε.

# ΑΙΤΗΣΗ

# ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:

|  |  |
| --- | --- |
| Α.Μ.Κ.Α |  ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) |  |
| **Α.Φ.Μ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| ΕΠΩΝΥΜΟΑ) ΓΕΝΝΗΣΗΣΒ) ΣΗΜΕΡΙΝΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |
|  |  |  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ**  | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** | **Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ** | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| **ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ Να διαγραφεί το μη ισχύον** |
| ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ \* | **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**  | **ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ** |
|  | **Πιστοποιητικό τύπου Α΄ Στρατολογίας** | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  |  |  |
| Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου. |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) |  |
| Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ Ι | **ΟΝΟΜΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ** | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ **\*** |
| ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……………….. |
| **ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ** | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός…………………………….Ημερομηνία Παραλαβής……………….Συνημμένα………………………… |
| Ονοματεπ/μο :………………………… |
| Υπογραφή …………………………….. |
|  |

 Ημ/νία:……/………/……….

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

 Ο Αιτ……

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο υπογεγραμμέν…………………………………………………………….Αρ. Μητρώου…………...

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση τα παρακάτω :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Έχετε αναγνωρίσει τη στρατιωτική υπηρεσία ή άλλο χρόνο ασφάλισης, σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Είστε ασφαλισμένος σε άλλον ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο και αν ναι πού;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Παίρνετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης και αν ναι από πού ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Πρόκειται να πάρετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Κατά το χρονικό διάστημα της στρατιωτικής υπηρεσίας υπήρξατε ασφαλισμένος σε ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλισης; Αν ναι, σε ποιον;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

 Σε περίπτωση μη θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος με τις προϋποθέσεις του αρθρ.10 Ν.3863/10 υποχρεούμαι να επιστρέψω το ποσό που αντιστοιχεί στη μείωση 30% / 50% (αφορά όσους υποβάλλουν αίτηση με τις διατάξεις του αρθρ. 10 Ν.3863/10).

Ημερομηνία …………………………………..

Ο Δηλ……………

………………………………………………….

□

 ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

 Βεβαιώνεται ότι ο ανωτέρω ασφαλισμένος καταβάλλει εισφορές στην

………………………………… ασφαλιστική κατηγορία

 (Ολογράφως)

 Ο/Η Αρμόδιος/α Υπάλληλος

…………………………………………..