

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Λόγω Ασθένειας
(Με προηγούμενη διακοπή επαγγέλματος)
2. <input type="checkbox"/> Από βίαιο συμβάν | 3. <input type="checkbox"/> Για επιδείνωση της υγείας
4. <input type="checkbox"/> Προσωρινή σύνταξη αναπηρίας χωρίς διακοπή επαγγελματικής δραστηριότητας Ν.3996/11
*(υποβάλεται και η σχετική υπεύθυνη δήλωση) |
|---|---|

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

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Α.Φ.Μ		ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
Α.Μ.Κ.Α.		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ		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
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενημερώθηκα να προσκομίσω τα ελλείποντα δικαιολογητικά εντός τριών (3) μηνών , διαφορετικά το αίτημα θα απορριφθεί χωρίς άλλη ειδοποίηση. Υπογραφή:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	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 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
Όνοματεπ/μο :	Αριθμός.....
Υπογραφή	Ημερομηνία Παραλαβής.....
	Συνημμένα.....

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....
 Ο/Η Αιτ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Συμπληρώνεται μόνο στις αιτήσεις συνταξιοδότησης με διακοπή επαγγέλματος και από βίαιο συμβάν .
Ο/Η υπογεγραμμέν.....Αρ. Μητρώου.....
Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση τα παρακάτω :

1. ΕΡΩΤΗΣΗ: Από πότε μέχρι πότε & σε ποιες Δ/νσεις ασκήσατε το επάγγελμά σας ; ΑΠΑΝΤΗΣΗ :
2. ΕΡΩΤΗΣΗ: Πότε διακόψατε το επάγγελμά σας ; ΑΠΑΝΤΗΣΗ :
3. ΕΡΩΤΗΣΗ : Η επιχείρησή σας διαλύθηκε ή συνεχίζεται και αν συνεχίζεται από ποιον ; ΑΠΑΝΤΗΣΗ :
4. ΕΡΩΤΗΣΗ: Έκτοτε μετέχετε σε επιχείρηση ατομικώς ή σαν μέλος εταιρείας με οποιαδήποτε νομική μορφή ή κείτε επάγγελμα υπαγόμενο στην ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε. ή άλλου ασφαλιστικού Οργανισμού; ΑΠΑΝΤΗΣΗ :
5. ΕΡΩΤΗΣΗ: Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό που θέλετε να συνυπολογιστεί στη σύνταξή σας; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ 1)..... 2)..... 3).....
6. ΕΡΩΤΗΣΗ: α) Έχετε χρόνο ασφάλισης ή διαμονής σε κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (Ε.Ο.Χ.), στην Ελβετία ή σε κράτος με το οποίο η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση; Αν ναι, ποιο κράτος ; β) Λαμβάνετε σύνταξη από το κράτος αυτό; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : α) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ ΚΡΑΤΟΣ: β) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
7. ΕΡΩΤΗΣΗ: Παίρνετε σύνταξη από τον Ο.Α.Ε.Ε. ή από το Δημόσιο ή από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό για οποιαδήποτε αιτία ; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
8. ΕΡΩΤΗΣΗ: Έχετε υποβάλει αίτηση συνταξιοδότησης σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
9. ΕΡΩΤΗΣΗ : Επιθυμείτε να αναγνωρίσετε στον Ο.Α.Ε.Ε. τον χρόνο της στρατιωτικής θητείας ή Εθνικής Αντίστασης; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΓΙΑ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ <input type="checkbox"/> ΓΙΑ ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗ
10. ΕΡΩΤΗΣΗ : Αναλαμβάνετε την υποχρέωση να δηλώσετε στον Ο.Α.Ε.Ε. κάθε ανάληψη επαγγέλματος ασφαλιστέου στον Ο.Α.Ε.Ε. ή άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό; ΑΠΑΝΤΗΣΗ :
11. ΕΡΩΤΗΣΗ : Με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να υπολογιστεί το ποσό της σύνταξής σας; ΑΠΑΝΤΗΣΗ : <input type="checkbox"/> Ο.Α.Ε.Ε. , Καταργούμενου Ταμείου: <input type="checkbox"/> Τ.Α.Ε. <input type="checkbox"/> Τ.Ε.Β.Ε. <input type="checkbox"/> Τ.Σ.Α.
Ο/Η Δηλ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί το αρχείο άλλων υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ (1)	Ο.Α.Ε.Ε.				
Ο / Η (Όνομα)			Επώνυμο		
Όνομα & Επώνυμο Πατέρα					
Όνομα & Επώνυμο Μητέρας					
Ημερομηνία Γέννησης (2) Αναγράφεται ολογράφως					
Τόπος Γέννησης					
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας				Τηλ.	
Τόπος Κατοικίας		Οδός		Αριθμός	Τ.Κ.
IBAN					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να μου χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη, βάσει του άρθρου 38 του Ν.3996/2011. Τα ασφαλιστικά μου στοιχεία είναι :

1. Έχω χρόνο νόμιμης ασφάλισης στους παρακάτω φορείς για τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα

ΑΣΦ/ΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΕΤΗ	ΜΗΝΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ
ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ					
ΟΑΕΕ-ΤΑΕ					
ΟΑΕΕ-ΤΣΑ					
ΙΚΑ					
.....					
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ					

2. Δεν έχω οφειλή στο Ταμείο από οποιαδήποτε αιτία που να υπερβαίνει το ποσό των 30 κατωτάτων ορίων σύνταξης Γήρατος. (30 Χ.....=.....)

3. Μαζί με την αίτηση για συνταξιοδότησή μου υποβάλλω όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

4. Διέκοψα το επάγγελμα για το οποίο ασφαλιζομαι την και δεν ασκώ άλλο επάγγελμα υπαγόμενο στην ασφάλιση του ΟΑΕΕ ούτε ατομικά ούτε ως μέλος εταιρείας και δεν εκκρεμεί αίτημα μου για αναγνώριση.

5. Σε περίπτωση που αποδειχθεί ότι εν δικαιούμαι συντάξεως για οποιονδήποτε λόγο, αποδέχομαι να επιστρέψω τις συντάξεις που έλαβα ως αχρεωστήτως εισπραχθείσες.

6. Λοιπά στοιχεία αιτούντος

ΑΦΜ / ΔΟΥ

Ημερομηνία ,/...../20....

Ο/Η ΔΗΛ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή Υπηρεσία του Δημοσίου Τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλο περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 έτη

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από το δηλούντα ή τη δηλούσα.

A. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Για όσους έχουν ασφαλισθεί για πρώτη φορά μέχρι 31-12-1992 – Παλαιοί ασφαλισμένοι

1. Ο ασφαλισμένος του Ο.Α.Ε.Ε., μετά την διακοπή του επαγγέλματος λόγω νόσου, δικαιούται σύνταξης λόγω αναπηρίας, εάν έγινε ανάπηρος και έχει πραγματοποιήσει πέντε έτη ασφάλισης, από τα οποία δύο έτη μέσα στα πέντε τελευταία έτη πριν την επέλευση της αναπηρίας ή τη διακοπή της ασφάλισης. Εάν κατά την διάρκεια των πέντε ετών ο ασφαλισμένος έχει συνταξιοδοτηθεί, η περίοδος των πέντε ετών επεκτείνεται για όσο χρόνο συνταξιοδοτήθηκε.
2. Σύνταξη λόγω αναπηρίας δικαιούται και ο ασφαλισμένος που έχει πραγματοποιήσει 15 έτη ασφάλισης και δεν έχει ασφαλιστεί, από την διακοπή της ασφάλισής του μέχρι την επέλευση της αναπηρίας, σε άλλο ασφαλιστικό φορέα Κυρίας Ασφάλισης ή το Δημόσιο.
3. Ο ασφαλισμένος του Ο.Α.Ε.Ε θεωρείται ανάπηρος για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων σε περίπτωση πάθησης ή βλάβης ή εξασθένησης σωματικής ή πνευματικής για εξαμηνιαία διάρκεια τουλάχιστον, κατά ιατρική πρόβλεψη, εφόσον καταστεί ανίκανος με ποσοστό 67% και άνω, για το επάγγελμα που ασκούσε προ της επέλευσης της αναπηρίας.
4. Εάν η ανικανότητα οφείλεται σε βίαιο συμβάν, το οποίο επήλθε κατά την εκτέλεση της εργασίας ή εξ' αφορμής αυτής, για την χορήγηση σύνταξης δεν απαιτείται η πραγματοποίηση του καθοριζόμενου στην παρ. 1 χρόνου ασφάλισης.
5. Εάν η ανικανότητα προς εργασία οφείλεται σε βίαιο συμβάν, που δεν επήλθε όμως κατά την εκτέλεση ή εξ αφορμής της εργασίας, για την χορήγηση σύνταξης αρκεί η πραγματοποίηση του μισού χρόνου ασφάλισης, που καθορίζεται στις παρ. 1 & 2, χωρίς όμως αντίστοιχη μείωση και του κατά την τελευταία προ της επέλευσης της αναπηρίας ή της διακοπής της ασφάλισης πενταετία απαιτούμενου χρόνου ασφάλισης. Η θεμελίωση δικαιώματος σύνταξης λόγω αναπηρίας από βίαιο συμβάν εκτός εργασίας, με βάση τη διάταξη της παρ. 2, γίνεται με την προϋπόθεση ότι ο ανάπηρος μετά την διακοπή της ασφάλισης δεν έχει ασφαλιστεί σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή το δημόσιο.
6. Εάν ο ασφαλισμένος κατέστη ανάπηρος εκ προθέσεως ή συνεπεία κακουργήματος παρ' αυτού διαπραχθέντος, αποδεικνύεται δε η ενοχή του με αμετάκλητη δικαστική απόφαση, δεν δικαιούται σύνταξης λόγω αναπηρίας. Εάν όμως υπάρχουν πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 23 του Π.Δ. 258/2005, αυτοί δικαιούνται τη σύνταξη, την οποία θα εδικαιούντο σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου, υπό τους όρους και προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο 25 του Π.Δ. 258/2005.
7. Ο ασφαλισμένος του ΟΑΕΕ που θα κριθεί ανάπηρος για ορισμένο χρονικό διάστημα, δικαιούται να διατηρεί την επαγγελματική του δραστηριότητα για το διάστημα αυτό, εφόσον καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές που του αναλογούν και δεν αυτοαπασχολείται., σύμφωνα με το αρθ. 50 του Ν.3996/2011.

Για όσους έχουν ασφαλισθεί για πρώτη φορά μετά την 01/01/1993 - Νέοι ασφαλισμένοι

Ο Νέος ασφ/νος Ο.Α.Ε.Ε. δικαιούται σύνταξη Αναπηρίας.

α) Αν κατέστη ανάπηρος από κοινή νόσο εφόσον:

1. Έχει πραγματοποιήσει στην ασφάλιση 1 έτος εργασίας ή 300 ημέρες και δεν έχει συμπληρώσει το 21^ο έτος της ηλικίας του. Οι πιο πάνω 300 ημέρες ή 1 έτος προσαυξάνονται κατά 120 ημέρες ή 5 μήνες εργασίας για κάθε έτος ηλικίας πέραν του 21^{ου} και μέχρι να φτάσουν 1500 ή 5 έτη εργασίας, ή
2. Έχει 1500 ημέρες ή 5 έτη στην ασφάλιση από τα οποία τα 2 έτη ή 600 ημέρες μέσα στην τελευταία πενταετία από το έτος, που έγινε ανάπηρος (συνταξιοδότηση κατά τη διάρκεια της πενταετίας επεκτείνει την πενταετία για τον αντίστοιχο προς συνταξιοδότηση χρόνο), ή
3. Έχει 4500 ημέρες ασφάλισης ή 15 έτη.

β) Λόγω εργατικού ατυχήματος ή ατυχήματος εκτός εργασίας.

Για το εργατικό ατύχημα απαιτείται ασφαλιστικός δεσμός (αρκεί μία ημέρα ασφάλισης).

Για ατύχημα εκτός εργασίας απαιτείται ο μισός χρόνος ασφάλισης που απαιτείται για συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας.

γ) Εάν ο ασφαλισμένος κατέστη ανάπηρος εκ προθέσεως ή συνεπεία κακουργήματος παρ' αυτού διαπραχθέντος, αποδεικνύεται δε η ενοχή του με αμετάκλητη δικαστική απόφαση, δεν δικαιούται σύνταξης λόγω αναπηρίας. Εάν όμως υπάρχουν πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 23 του Π.Δ. 258/2005, αυτοί δικαιούνται τη σύνταξη, την οποία θα εδικαιούντο σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου, υπό τους όρους και προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο 25 του Π.Δ. 258/2005.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : **α) Η αναπηρία πρέπει να είναι μεταγενέστερη της υπαγωγής στην ασφάλιση (εκτός των νευροψυχιατρικών παθήσεων).** Δίνεται η δυνατότητα συνταξιοδότησης ακόμα και αν η

αναπηρία προϋπήρχε της υπαγωγής στην ασφάλιση, εφόσον ο ασφαλισμένος καθίσταται ανίκανος για εργασία λόγω ουσιώδους επιδείνωσης.

β) Τα ποσοστά αναπηρίας είναι : 80% για πλήρη ανικανότητα, 67% για συνήθη ανικανότητα και 50% για μερική ανικανότητα. Η διαπίστωση της αναπηρίας γίνεται από τις Υγειον. Επιτροπές των ΚΕΠΑ.

4. Η δυνατότητα συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας για ορισμένο χρονικό διάστημα με διατήρηση της επαγγελματικής δραστηριότητας για το διάστημα αυτό, όπως αναφέρεται στην περίπτωση (7) παραπάνω ισχύει και για τους Νέους ασφαλισμένους.

ΔΙΠΛΟΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ:

Ο ασφαλισμένος του Ο.Α.Ε.Ε. που είναι συνταξιούχος γήρατος ή αναπηρίας άλλου ασφαλιστικού οργανισμού δικαιούται σύνταξη αναπηρίας, εφόσον έχει πραγματοποιήσει 12 έτη ασφάλισης.

Β. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ **(Ισχύουν για παλαιούς και νέους ασφαλισμένους)**

α) Για σύνταξη αναπηρίας (ύστερα από διακοπή του επαγγέλματος):

1. Αίτηση – Δήλωση (έντυπο της υπηρεσίας).

2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας επικυρωμένο από την υπηρεσία ή οποιαδήποτε άλλη δημόσια αρχή, ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου, προκειμένου για αλλοδαπούς.

3. Αντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας, ατομικού ή κοινού λογαριασμού, από την οποία θα προκύπτουν:

Το όνομα του δικαιούχου του ατομικού λογαριασμού.

Ο αριθμός λογαριασμού

Ο αριθμός IBAN

Σε περίπτωση κοινού λογαριασμού, όπου υπάρχουν περισσότεροι του ενός δικαιούχοι, θα πρέπει απαραίτητα να αναγράφεται πρώτο το ονοματεπώνυμο του συνταξιούχου και να ακολουθούν αυτά των λοιπών δικαιούχων.

4. Τα ασφαλιστικά βιβλιάρια όλων των φορέων, των οποίων ζητείται η προσμέτρηση χρόνου, καθώς και τις αποδείξεις ταχυπληρωμής.

5. Σε περίπτωση που υπάρχει χρόνος ασφάλισης ή διαμονής σε κράτος της Ε.Ε., του Ε.Ο.Χ., στην Ελβετία ή σε κράτος με το οποίο η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση:

α) Κάρτες ασφάλισης, αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (της χώρας του εξωτερικού) και οποιοδήποτε έγγραφο ή δικαιολογητικό, το οποίο να αποδεικνύει ασφάλιση σε φορέα ή φορείς χώρας εξωτερικού.

β) Επιπλέον, για τα κράτη της Ε.Ε., του Ε.Ο.Χ. και την Ελβετία συμπληρώνεται και υπογράφεται η 2^η σελίδα του Κοινοτικού Εντύπου E207 GR.

6. Για τη διακοπή επαγγέλματος των επαγγελματιών, βιοτεχνών και εμπόρων, απαιτούνται κατά περίπτωση τα παρακάτω δικαιολογητικά:

α) Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος της οικείας ΔΟΥ .

β) Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει έναρξη στη ΔΟΥ, απαιτείται υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 σφραγισμένη από την οικεία ΔΟΥ για τη διακοπή.

γ) Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης στην εφορία ή πιστοποιητικό αρμοδίου Εμπορικού, Επαγγελματικού ή Βιοτεχνικού Επιμελητηρίου, από το οποίο να προκύπτει η εγγραφή του σε αυτό, το είδος της ασκούμενης επιχείρησης, η ημερομηνία της διαγραφής του, καθώς και η τύχη της επιχείρησής του.

δ) Εκκαθαριστικά σημειώματα φόρου εισοδήματος (αυτεπάγγελτη αναζήτηση) οικονομικού έτους μεταγενέστερου εκείνου της οριστικής παύσης των εργασιών του φυσικού προσώπου και, εφόσον κριθεί αναγκαίο, επίσημα αντίγραφα δηλώσεων φόρου εισοδήματος των αντίστοιχων ετών συνοδευόμενα από αναλυτικά έντυπα.

ε) Αν ήταν μέλος Ε.Π.Ε., απαιτείται συστατικό και τροποποιητικό ή διαλυτικό καταστατικού της εταιρείας νόμιμα δημοσιευμένο και το αντίστοιχο ΦΕΚ καταχώρησής του.

ζ) Αν ήταν μέλος Ο.Ε. ή Ε.Ε. απαιτείται συστατικό και τροποποιητικό ή διαλυτικό καταστατικού της εταιρείας, νόμιμα δημοσιευμένο από το οποίο να προκύπτει ότι είναι μέλος της εταιρείας για την οποία είχε ασφαλιστεί στον Ο.Α.Ε.Ε. (δημοσιεύεται στο οικείο Πρωτοδικείο, όπου είναι η έδρα της επιχείρησης).

η) Αν ήταν μέλος Δ.Σ. Α.Ε. με το ποσοστό που προβλέπεται από το καταστατικό του Οργανισμού, απαιτείται ΦΕΚ, στο οποίο θα είναι καταχωρημένο το καταστατικό της εταιρείας και θεωρημένο απόσπασμα πρακτικού της τελευταίας Γεν. Συνέλευσης της εταιρείας ή του Δ.Σ, από το οποίο να

προκύπτει ότι απώλεσε την ιδιότητα του μέλους του Δ.Σ. της ΑΕ ή μειώθηκαν οι μετοχές του κάτω του προβλεπόμενου ποσοστού. Η θεώρηση του πρακτικού γίνεται από τον νόμιμο εκπρόσωπο της εταιρείας.

7. Αν ασκούσε επάγγελμα για το οποίο απαιτείται ειδική άδεια, όπως ηλεκτρολόγου, φυσιοθεραπευτή, εκτελωνιστή, ιδιοκτήτη ψυχαγωγικών χώρων, βενζινοπώλη, οδικού μεταφορέα, εκπαιδευτή οδηγών κ.α., απαιτείται βεβαίωση από την οποία να προκύπτει η κατάθεση της ειδικής άδειας άσκησης επαγγέλματος (η βεβαίωση εκδίδεται από την Αρχή που είχε εκδώσει την συγκεκριμένη άδεια).

8. Για τη διακοπή του επαγγέλματος του αυτοκινητιστή δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι:

α) Συμβόλαιο πώλησης του ΔΧ αυτοκινήτου ή φωτοαντίγραφο επικυρωμένο του βιβλίου μεταβολών, εάν η μεταβίβαση έγινε στο υπουργείο Μεταφορών & Επικοινωνιών.

β) Επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου, άδεια εκπαιδευτή οδηγών αυτοκινήτων και άδεια οδήγησης τρίκυκλου, εάν υπάρχουν. Σε περίπτωση αφαίρεσης της άδειας, υποβάλλεται η σχετική απόφαση της οικείας αρχής που βεβαιώνει την αφαίρεση.

Σε περίπτωση απώλειας απαιτείται βεβαίωση της αρμόδιας Υπηρεσίας του Υπουργείου Μεταφορών & Επικοινωνιών, από την οποία να προκύπτει η παρακράτηση ή η έκδοση νέας άδειας.

Σε περίπτωση μετατροπής της επαγγελματικής άδειας σε ερασιτεχνική ή εάν έχει τεθεί ειδική επισήμανση από το Υπουργείο Μεταφορών & Επικοινωνιών ότι «δεν ισχύει για επαγγελματική οδήγηση» υποβάλλεται φωτοτυπία αυτής.

γ) Ανάκληση άδειας λειτουργίας Σχολής οδηγών (όταν υπάρχει σχολή), από την υπηρεσία που την εξέδωσε.

9. Σε περίπτωση που ζητείται αναγνώριση χρόνων (στρατιωτικής θητείας, Δημοσίου, Εθνικής Αντίστασης) υποβάλλονται μαζί με την αίτηση για απονομή σύνταξης και τα αντίστοιχα δικαιολογητικά.

10. Αντίγραφο συνταξιοδοτικής απόφασης του άλλου φορέα, στην περίπτωση των διπλοσυνταξιούχων σύμφωνα με το Ν.2084/1992 (*εντάσσεται στη διαδικασία της υποχρεωτικής αυτεπάγγελτης αναζήτησης δικαιολογητικών*).

11. Επί πτώχευσης απαιτείται δικαστική απόφαση κήρυξης σε κατάσταση πτώχευσης και επί εκδοθείσας κατόπιν αιτήσεως του εμπόρου απαιτείται βεβαίωση του Γραμματέα του οικείου Πρωτοδικείου, από την οποία να προκύπτει η ημερομηνία υποβολής της .

12. Επειδή η σύνταξη με τις διατάξεις των Νέων ασφαλισμένων αλλά και με τις καταστατικές διατάξεις του πρώην ΤΣΑ προσauxάνεται με οικογενειακά επιδόματα, σε κάθε περίπτωση συνταξιοδότησης με τις διατάξεις αυτές προσκομίζεται και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή/και πιστοποιητικό σπουδών.

β) Για το βίαιο συμβάν απαιτούνται επί πλέον:

1. Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 του υποψηφίου συντ/χου στην οποία να αναφέρονται οι ακριβείς συνθήκες του βίαιου συμβάντος.

2. Ένορκες βεβαιώσεις δύο τουλάχιστον αυτόπτων μαρτύρων (εφόσον υπάρχουν) για τις συνθήκες του συμβάντος.

3. Θεωρημένο απόσπασμα βιβλίου συμβάντων της τροχαίας εφόσον πρόκειται για τροχαίο ατύχημα.

4. Ιατρικό πιστοποιητικό από το οποίο να προκύπτει η πάθηση που προκλήθηκε από το βίαιο συμβάν (εκδίδεται από ιδιώτη γιατρό που εξέτασε τον παθόντα ή από Νοσοκομείο στο οποίο μεταφέρθηκε).

5. Οποιοδήποτε άλλο στοιχείο κριθεί αναγκαίο για την απόδειξη του βίαιου συμβάντος.

γ) Για παραπομπή στην ΑΥΕ άνευ διακοπής επαγγέλματος :

1. Αίτηση

2. Κατάθεση όλων των ασφαλιστικών βιβλιαρίων ενσήμων Ο.Α.Ε.Ε. ή και άλλων ασφαλιστικών Οργανισμών

4. Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86 του αιτούντα, στην οποία θα αναφέρεται η υποχρέωσή του να διακόψει το επάγγελμα εφόσον κριθεί ανίκανος με ποσοστό 67 % και άνω από την Υγειον. Επιτροπή.