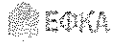




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ (ΓΗΡΑΤΟΣ)

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η

Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ		ΜΕΘ (ΝΑΤ)	ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ)	Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού	
				Χώρα	Αριθμός(οί) Ασφάλισης
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ		ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		
Είστε κάτοικος εξωτερικού;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.

ΑΜΚΑ				Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ							
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2			ΚΙΝΗΤΟ			FAX		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ											
(ΟΔΟΣ)			(ΑΡΙΘΜΟΣ)			(Τ.Κ.)			(ΠΟΛΗ)		

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισής σας στην Ελλάδα και το εξωτερικό)

Σημείωση: Με την πληροφορία ότι, εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού, πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό σας Φορέα για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισής σας στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)

ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ;	
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
2.								
3.								
4.								
5.								
ΣΥΝΟΛΟ								

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι παρακάτω υπηρεσίες μου είναι αληθινές και αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:

Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
A.			
B.			
Γ.			
Δ.			

Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;

1. ΓΗΡΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>	2. ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ				
Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί η ειδική προσαύξηση λόγω γήρατος; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τα πεδία 3.1 και 3.2 της αίτησης, εφόσον είναι απαραίτητο.			ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρακαλούμε συμπληρώστε στον ακόλουθο πίνακα την περίοδο που εργαστήκατε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/σης του εργοδότη				
Επωνυμία Εργοδότη	Δ/ση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος
A.				
B.				
Γ.				
Δ.				
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)				
Έχετε την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;			ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης των έργων ή βεβαιώσεις των εργοδοτών.				
ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ			Αρ. Πρωτοκόλλου	
A.				
B.				
Γ.				

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ														
Δηλώστε την ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός σας														
Η επιχείρησή σας συνεχίζεται; (ΝΑΙ αν συνεχίζεται, ΟΧΙ αν διαλύθηκε)	ΝΑΙ		ΟΧΙ											
	Αν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)													
<table border="1"> <tr> <td colspan="5">ΑΜΚΑ</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					ΑΜΚΑ									
ΑΜΚΑ														
Έχετε ατομική επιχείρηση ή μετέχετε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον/τους ΑΦΜ των εταιρειών	ΝΑΙ		ΟΧΙ											
	ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ													
A.														
B.														
Γ.														
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;														
1. ΓΗΡΑΤΟΣ	<input type="text"/>	3. ΓΗΡΑΤΟΣ με 15 έτη ασφάλισης για ειδικές κατηγορίες Αναπηρίας	<input type="text"/>											
2. ΓΗΡΑΤΟΣ (με 25 έτη ασφάλισης για γονείς – συζύγους - αδελφούς αναπήρων)	<input type="text"/>	4. ΓΗΡΑΤΟΣ χωρίς διακοπή επαγγελματικής δραστηριότητας (Ν.3996/2011)	<input type="text"/>											

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόσασταν:		
Ο συντάξιμος χρόνος που θα υπολογισθεί για τη σύνταξή σας, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για να πάρετε σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα:		
Πήρατε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα:		
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα; Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε πραγματοποιήσει συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, δηλώστε τον Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης		
ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε:		
α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν		<input type="checkbox"/>
β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;		<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξής μου επιθυμώ να ληφθεί υπόψη η εξής διατία:	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην Ελλάδα;		
Αν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
Στο εξωτερικό;		
Αν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
2.1.2.ι (*)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγ/τος στη Δ/ση Τεχνικών Έργων της οικείας περιφέρειας ;		
Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων		

2.1.2.ii (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγγέλματος στο ΤΕΕ (για τους μηχανικούς) ή στην ΕΕΤΕΜ (για τους υπομηχανικούς) ή στην Εργοληπτική οργάνωση (για τους ΕΔΕ);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων		
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στο τ.ΕΤΑΑ (ΤΣΜΕΔΕ)		
2.1.3 Έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό του χρόνου ασφάλισης (προσυνταξιοδοτική βεβαίωση) σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα.		
2.1.4 Έχει εκδοθεί προσυνταξιοδοτική βεβαίωση του χρόνου ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα.		

2.1.5. (*) Απουσιάσατε από τον τόπο των επαγγελματικών σας ασχολιών ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, από πότε μέχρι πότε, πού κατοικούσατε και για ποιο λόγο απουσιάσατε ;			
ΑΠΟ-ΕΩΣ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ	
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ			
2.1.6 (*) Είχατε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότησή σας από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ			
2.1.7 (*) Έχετε χρόνο στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ για τον οποίο οφείτε ασφαλιστικές εισφορές και επιθυμείτε να τον αναγνωρίσετε ως χρόνο ασφάλισης στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης, καταβάλλοντας τις προβλεπόμενες από τον νόμο εισφορές αναγνώρισης;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν θέλετε να αναγνωρίσετε το σύνολο ή μέρος αυτού του χρόνου συμπληρώστε ανάλογα Η δήλωση αυτή υποβάλλεται άπαξ πριν από τη συνταξιοδότησή σας.		ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΡΟΣ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ			

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ / ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΧΡΟΝΟΙ			
Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε το κατάλληλο πεδίο:			
2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ		2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ		ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ*	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ		Στρατολογικό Γραφείο:	
ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ		ΣΠΟΥΔΕΣ	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΗΧΑΝΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΒΑΣΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΝΑΝΠΙ-ΔΟΚΙΜΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ) Ν.1711/87 ΑΡΘ.2-ΠΑΡ.2 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)		ΜΑΘΗΤΕΙΑ	
		ΤΕΚΝΑ	
		ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ	
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	
		ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
* Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016 ** Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων		ΑΠΕΡΓΙΑ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ**	
		ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΑΚΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΗΓΟΡΙΑΣ (Αφορά σε ασφ/νους τ. ΤΑΝ)	

	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΟΛΗΠΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ		
	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΤΩΝ ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΕΒΕ - ΤΑΕ - ΤΣΑ		
	ΧΡΟΝΟΣ ΡΑΔ/ΤΗ Ν.3569/07 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)		
2.2.3 Εάν εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης για τους ανωτέρω χρόνους σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο δημόσιο, συμπληρώστε τα ακόλουθα πεδία			
ΦΚΑ	Ημ. Αιτήματος Αναγνώρισης	Αρ. Πρωτοκόλου	
2.2.4 Έχετε αναγνωρίσει κάποιον από τους ανωτέρω χρόνους, σε ΦΚΑ που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, σε ποιον/ποιους;			
ΦΚΑ	Απόφαση Αναγνώρισης	Εξοφλήθηκε	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν εξοφλήθηκε, επιλέξτε τον τρόπο εξόφλησης:			
Γραμμάτιο/-α εξόφλησης <input type="text"/>		Δόσεις <input type="text"/>	Αριθμός δόσεων <input type="text"/>

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος Ασφαλιστικού Φορέα Ελλάδας ή του Εξωτερικού, ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:

ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
								/	
								/	
								/	
3.2 Αν :								Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο	
α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον φορέα									
β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα								Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
3.3 Δικαιούσθε κύρια σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο;								ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον φορέα:									
ΦΚΑ									
Α.									
Β.									
Γ.									
3.4 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο έχετε ασφαλιστεί για τον κλάδο ασθένειας (Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή από τον ασφαλισμένο. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)								ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, δηλώστε ΟΧΙ.		
4.2 Πόσα έτη μόνιμης και νόμιμης διαμονής έχετε στην Ελλάδα;	ΕΤΗ	
4.3 Έχετε οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε το Φορέα και το ποσό οφειλής	Φορέας Ποσό οφειλής	
4.4 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.5.α Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στον ΕΦΚΑ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.5.β Ασφαλίζετε ήδη προαιρετικά σε κάποιον φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ναι, συμπληρώστε τον φορέα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.6 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.7 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	Χώρα	Χρονικό διάστημα
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.8 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);		
4.9 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της άδειας οδήγησης επαγγελματικής κατηγορίας και της ειδικής άδειας οδήγησης Ε.Δ.Χ. επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας		
4.10 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου, επιλέξτε παραπλεύρως την απάντηση ΝΑΙ και ακολούθως συμπληρώστε στον πίνακα 5 τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.		
4.11 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις*, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;		
4.12 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;		
4.13 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;		
4.14 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;		

* Τύφλωση, παρα-/τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίνωση, μόνιμες ορθοκυστικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων.

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ															
5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμο/σπουδάζοντα/ανίκανα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή															
	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η		
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ															
A.M.K.A.															
A.Φ.Μ.															
Δ.Ο.Υ.															
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ															
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Σε Διάσταση, Συμβίος/α)															
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ															
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ															
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΧΩΡΑ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ															
ΕΞΟΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ)															
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ															
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ** (ολογράφως)															
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω;												ΝΑΙ	ΟΧΙ		
5.3 Λαμβάνετε την οικογενειακή παροχή συζύγου και τέκνου από άλλη πηγή;												ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Εάν ΝΑΙ, από ποιον φορέα;															
** Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24 ^{ου} έτους της ηλικίας.															

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΑΙΤΗΜΑΤΑ
(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη εξ ιδίου δικαιώματος (λόγω γήρατος) με τις ευνοϊκότερες διατάξεις που ισχύουν στην περίπτωση μου, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:

i. αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.

ii. λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό

iii. μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλίας μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

