



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΤΕΑ/ΚΕΑΝ (μέσω ΝΑΤ)

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

Χορήγηση επικουρικής σύνταξης λόγω:

γήρατος ανεξαρτήτως ηλικίας
 γήρατος με διαδοχική ασφάλιση
 ανικανότητας
 ανικανότητας με διαδοχική ασφάλιση
 ατυχήματος στο πλοίο.....

ΠΡΟΣ: ΕΤΕΑ/ΚΕΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>		

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:		
Α.Δ.Τ :	ΕΚΔ. ΑΡΧΗ:	Α.Φ.Μ:	ΔΟΥ:
Ημερομηνία γέννησης:	Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:	Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:	Fax:	e-mail:	
IBAN (Αρ. Λογαριασμού Τράπεζας):			
ΑΜΚΑ:	ΜΕΘ:	ΑΜΗΝΑ:	

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμοδίου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης, με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία, ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	ΑΔΤ :	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ:	Τ.Κ.:
Τηλ.:	Fax:	e-mail:

3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Αν ήσαστε ή είστε ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα επικουρικής ασφάλισης στην Ελλάδα, γράψτε στη διπλανή στήλη την Υπηρεσία ή τον φορέα. Επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου Ταμείου; Αν ΝΑΙ, γράψτε το όνομα του Ταμείου:	ΦΟΡΕΑΣ: 1. 2. 3. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΤΑΜΕΙΟ: 1. 2.
Αν ήσαστε ασφαλισμένος σε χώρες εξωτερικού, γράψτε τις χώρες αυτές.	1. ΧΩΡΑ 2.

4. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, σας δηλώνω ότι:

1. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω το ΕΤΕΑ/ΚΕΑΝ εγγράφως αν στο μέλλον μεταβληθεί η οικογενειακή μου κατάσταση (γάμος, διαζύγιο) ή μεταβληθεί ο τόπος κατοικίας μου.
2. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν.3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κ.λπ.) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
3. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναγραφόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).
4. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

5. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης με ακριβή ημερομηνία γέννησης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Βιβλιάριο ενσήμων – για διαδοχική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ιατρικά Πιστοποιητικά – για συντάξεις ανικανότητας/ατυχημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπεζίης με πρώτο συνδικαιούχο το συνταξιούχο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Αποδεικτικό ΑΜΚΑ (από ΚΕΠ ή άλλη εντεταλμένη υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Αποδεικτικό ΑΦΜ (επίσημο έγγραφο από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός φορολογικού μητρώου).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Πιστοποιητικό σπουδών τέκνων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

6. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Όνοματεπώνυμο:.....

Υπογραφή:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Ημερομηνία Κατάθεσης _____

Ο/Η αιτ.....