



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΚΕΑΝ (μέσω ΝΑΤ)

Α Ι Τ Η Σ Η - Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η (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 ή μεταβίβαση επικουρικής
σύνταξης λόγω:

ΘΑΝΑΤΟΥ
ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΕ ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΝΑΥΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΣ:	NAT/KEAN	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<i>Συμπληρώνεται από την υπηρεσία</i>			

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:							
Όνομα:				Επώνυμο:			
ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ-ΟΥΣΑ:							
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Α.Δ.Τ.:		ΕΚΔ. ΑΡΧΗ:		Α. Φ. Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
Ημερομηνία γέννησης:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:				Οδός:		Αριθ:	
						T.K.:	
Τηλ:		Fa:		e-mail:			
IBAN (Αρ. Λογαριασμού Τράπεζας):				ΑΜΚΑ:			

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΑ							
ΟΝΟΜΑ:				ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:							
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:							
ΑΜΣ:				ΜΕΘ:			

3. 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 γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα:		ΑΔΤ :	
Οδός:		Αριθμός:	Τ.Κ.:
Τηλ.:			
4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:			
<p>Αν ο/η θανών-ούσα ήταν ασφαλισμένος-η στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα επικουρικής ασφάλισης στην Ελλάδα, γράψτε στη διπλανή στήλη την υπηρεσία ή το φορέα.</p>		<p>ΦΟΡΕΑΣ: 1. 2. 3.</p>	
<p>Επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου Ταμείου; Αν ΝΑΙ, γράψτε το όνομα του Ταμείου:</p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>TAMEIO: 1. 2.</p>	
<p>Αν ο/η θανών-ούσα ήταν ασφαλισμένος-η σε χώρες εξωτερικού, γράψτε τις χώρες αυτές.</p>		<p>ΧΩΡΑ 1. 2.</p>	

5. ΑΙΤΗΜΑΤΑ	
<p>Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε βάσει του Ν. 356907; (μόνο για ραδιοτηλεγραφετές)</p>	<p>ΠΟΣΟ ΕΞΑΓΟΡΑΣ Ν. 3569/07 Αρ. 20 (Ραδ/τες)**</p> <p>ΠΟΣΟ ΕΞΑΓΟΡΑΣ Μήνες</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
	<p>ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ Ημέρες</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>

6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ					
	ΧΗΡΑ/ΧΗΡΟΣ	Α' ΤΕΚΝΟ	Β' ΤΕΚΝΟ	Γ' ΤΕΚΝΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ**
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ					
Α.Δ.Τ.					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)					
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)					
ΑΦΜ					
ΦΥΛΛΟ**					
ΤΥΠΟΣ**					
ΠΟΣΟΣΤΟ**					
** Συμπληρώνεται από την υπηρεσία.					

7. 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».

8. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ
1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης με ακριβή ημερομηνία γέννησης, στο οποίο θα αναφέρεται ότι η σύζυγος τελεί εν χηρεία και σε περίπτωση που υπάρχουν τέκνα, την ακριβή ημερομηνία γέννησής τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Από τη ΔΟΥ θα αποδοθεί ΑΦΜ στα τέκνα (αν αυτά δεν έχουν) και θα εκδώσουν βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ για το καθένα και υπεύθυνη δήλωση σφραγισμένη από ΔΟΥ που θα δηλώνει ότι τα τέκνα δεν έχουν εισοδήματα, αυτοκίνητο ή ακίνητο και δεν υποχρεούνται σε δήλωση φόρου εισοδήματος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Υπεύθυνη δήλωση όπου ο/η χήρος-α και τα τέκνα του/της θα δηλώνουν αν είναι συνταξιούχοι άλλου ασφαλιστικού οργανισμού, του Δημοσίου ή του ΟΓΑ, αν τα τέκνα έχουν μηνιαία εισοδήματα και αν ασκούν βιοποριστικό επάγγελμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Βιβλιάριο ενσήμων - για διαδοχική ασφάλιση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Ληξιαρχική πράξη θανάτου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπεζής, με πρώτο συνδικαιούχο το συνταξιούχο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Αποδεικτικό ΑΜΚΑ (από ΚΕΠ ή άλλη εντεταλμένη υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Αποδεικτικό ΑΦΜ (φωτοτυπία τελευταίου εκκαθαριστικού) και των τέκνων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Πιστοποιητικό σπουδών τέκνων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Ημερομηνία Κατάθεσης _____

Ο/Η αιτ.....