

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

|  |
| --- |
| 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 □

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |  |
| ΠΡΟΣ: | NAT/KEAN |  |  | |
|  |  | Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία |  | |

ανικανότητας □ ανικανότητας με διαδοχική ασφάλιση □ ατυχήματος στο πλοίο □

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: | | | | | |  | | | |
| ΙΒΑΝ | (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 ΟΧΙ  □ □  ΤΑΜΕΙΟ: 1.  2. | | | | | | |
| Αν ήσαστε ασφαλισμένος σε χώρες εξωτερικού, γράψτε τις χώρες αυτές. | | | | | | | | ΧΩΡΑ  1. 2. | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ | | | |
| Με βάση τα παραπάνω, σας δηλώνω ότι:   1. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω το Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π. 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. | □ | □ | □ |
| 2. Βιβλιάριο ενσήμων - για διαδοχική. | □ | □ | □ |
| 3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας. | □ | □ | □ |
| 4. Ιατρικά Πιστοποιητικά - για συντάξεις ανικανότητας/ ατυχημάτων. | □ | □ | □ |
| 5. Φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπέζης με πρώτο-η συνδικαιούχο το/τη συνταξιούχο. | □ | □ | □ |
| 6. Αποδεικτικό ΑΜΚΑ (από ΚΕΠ ή άλλη εντεταλμένη υπηρεσία). | □ | □ | □ |
| 7. Αποδεικτικό ΑΦΜ (επίσημο έγγραφο από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός φορολογικού μητρώου). | □ | □ | □ |
| 8. Πιστοποιητικό σπουδών τέκνων. | □ | □ | □ |
| Παρατηρήσεις: | | | |
| 6. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ |  | | |
| ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ  Ονοματεπώνυμο:  Υπογραφή: | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ | | |

Ημερομηνία Κατάθεσης

Ο/Η αιτ