

Γενικές πληροφορίες για τα
όρια ηλικίας συνταξιοδότησης
Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. /Τ.Τ.Σ.Π. ΕΤΕ

Η παρούσα ενημέρωση και οι σχετικές οδηγίες που ακολουθούν επισυνάπτονται στο υπ' αριθμόν 10921 / 16.09.2016 Υπηρεσιακό Σημείωμα της Διεύθυνσης του Τοπικού Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων.

Όσον αφορά την ημερομηνία θεμελίωσης του συνταξιοδοτικού δικαιώματος, σύμφωνα με τις οδηγίες της Διοίκησης του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. το Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων δεν υποχρεούται να την ορίσει, αντιθέτως αυτή καθορίζεται μετά από την υποβολή του σχετικού αιτήματος συνταξιοδότησης, την προσκόμιση όλων των δικαιολογητικών και την ολοκλήρωση των αναγκαίων ενεργειών από τα αντίστοιχα τμήματα του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων.

Η πληροφόρηση γενικά για τον χρόνο θεμελίωσης του συνταξιοδοτικού δικαιώματος δίδεται από το Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. / τ. Τ.Σ.Π. ΕΤΕ, εφ' όσον βέβαια δοθούν από τον ίδιο τον ασφαλισμένο και με ευθύνη δική του οι αντίστοιχες πληροφορίες. Ο ενδιαφερόμενος ενημερώνεται προφορικά για τις ισχύουσες διατάξεις όσον αφορά στον απαιτούμενο χρόνο συνταξιοδότησης και στο όριο ηλικίας. Την πληροφορία αυτή την αξιολογεί ο ίδιος ο ασφαλισμένος, οι δε εξατομικευμένες πληροφορίες για τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης θα δοθούν στους ίδιους τους ασφαλισμένους ή σε εξουσιοδοτημένα πρόσωπα από το Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. / τ. Τ.Σ.Π. ΕΤΕ κατά την προσέλευσή τους στο καθορισμένο από την Διοίκηση του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ωράριο και μετά από την επίσημη ανακοίνωση της εθελούσιας εξόδου των υπαλλήλων της Ε.Τ.Ε.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ΓΙΑ ΤΑ ΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ
Ι.Κ.Α. – ΕΤΑΜ (Τ. Τ.Σ.Π. - ΕΤΕ)

1. Τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης λόγω γήρατος των ασφαλισμένων σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης οι οποίοι μέχρι και την **18/08/2015** δεν είχαν θεμελιώσει συνταξιοδοτικό δικαίωμα πλήρους ή μειωμένης σύνταξης αυξάνονται σταδιακά μέχρι την 1/1/2022 σύμφωνα με τους Πίνακες 1 και 2 που περιλαμβάνονται στον Ν. 4336/2015 και περιέχονται στην απόφαση του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Α.Π. Φ11321/οικ47523/1570/23.10.2015 Υ.Α. (Φ.Ε.Κ. 2311, Τεύχος Β', ΑΔΑ 7ΕΣΘ465Θ1Ω - ΚΨΛ), επισυνάπτονται δε στο παρόν έγγραφο μας.

2. Οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των ασφαλισμένων στα τέως Ειδικά Ταμεία (Τ.Σ.Π.ΕΤΕ) πριν από την έναρξη ισχύος του Ν. 4336/2015 είναι οι προβλεπόμενες γενικές, ειδικές ή καταστατικές διατάξεις για τους ασφαλισμένους των τέως Ειδικών Ταμείων (Τ.Σ.Π.ΕΤΕ) όπως ίσχυαν την **18/08/2015** και μετά την ισχύ του Ν. 4093/2012.

3. Θεμελιωμένο δικαίωμα για μειωμένη σύνταξη μέχρι την **18/08/2015** αφορά μόνο τη μειωμένη σύνταξη, ενώ για τη θεμελίωση δικαιώματος για πλήρη σύνταξη ο ασφαλισμένος θα πρέπει να ανατρέξει στην ηλικία που προκύπτει από τους επισυναπτόμενους Πίνακες 1 και 2 του Ν. 4336/2015.

4. Εάν βάσει των Πινάκων η ηλικία για μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος μέχρι **31/12/2021** υπερβαίνει το 62^ο έτος, τότε αυτή περιορίζεται στο 62^ο έτος.

5. Εξαιρούνται από την αύξηση των ορίων ηλικίας:

α) Όσοι συνταξιοδοτούνται είτε με βάση τις διατάξεις του Ν. 612/1977, είτε με βάση τις διατάξεις που παραπέμπουν σε αυτές (Άρθρο 40 παρ. 8 του Ν.1902/1990, Άρθρο 16 παρ. 3 του Ν. 2227/1994, Άρθρο 2 παρ. 2 του Ν. 3075/2002, Άρθρο 5 παρ. 1, 3 του Ν. 3232/2004, Άρθρο 61 παρ. 4 του Ν. 3518/2006, Άρθρο 37 παρ. 4 του Ν. 3996/2011), δηλαδή τυφλοί, παραπληγικοί, πάσχοντες από αιμορροφιλία τύπου Α και Β, μεταμοσχευμένοι από συμπαγή όργανα που βρίσκονται σε συνεχή ανοσοκαταστολή, κ.ά.

β) Οι ασφαλισμένοι που υπάγονται σε γενικές ειδικές ή καταστατικές διατάξεις συνταξιοδότησης ως μητέρες και χήροι πατέρες ανίκανων για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνων (Άρθρο 144 παρ. 1 του Ν. 3655/2008 και παρ. 6 του Άρθρου 24 του Ν. 2084/1992 σε συνδυασμό με το τελευταίο εδάφιο της παρ. 17 του Άρθρου 10 του Ν. 3863/2010).

ΣΥΝ/ΝΑ: ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πίνακας 1

		Όριο ηλικίας: 62					
2015 (από 18/08/2015 και μετά)		2016		2017		2018	
Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης
50	55	50	56	50	57	50	58
51	55	51	56	51	57	51	58
52	55	52	56	52	57	52	58
53	55 & 11 μην.	53	56 & 9 μην.	53	57 & 8 μην.	53	58 & 6 μην.
54	55 & 11 μην.	54	56 & 9 μην.	54	57 & 8 μην.	54	58 & 6 μην.
55	55 & 11 μην.	55	56 & 9 μην.	55	57 & 8 μην.	55	58 & 6 μην.
56	56 & 9 μην.	56	57 & 6 μην.	56	58 & 3 μην.	56	59
57	57 & 8 μην.	57	58 & 3 μην.	57	58 & 11 μην.	57	59 & 6 μην.
58	58 & 6 μην.	58	59	58	59 & 6 μην.	58	60
59	59 & 5 μην.	59	59 & 9 μην.	59	60 & 2 μην.	59	60 & 6 μην.
60	60 & 3 μην.	60	60 & 6 μην.	60	60 & 9 μην.	60	61
61	61 & 2 μην.	61	61 & 3 μην.	61	61 & 5 μην.	61	61 & 6 μην.
62	62	62	62	62	62	62	62
2019		2020		2021		2022 και μετά	
Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης
50	59	50	60	50	61	50	62
51	59	51	60	51	61	51	62
52	59	52	60	52	61	52	62
53	59 & 5 μην.	53	60 & 3 μην.	53	61 & 2 μην.	53	62
54	59 & 5 μην.	54	60 & 3 μην.	54	61 & 2 μην.	54	62
55	59 & 5 μην.	55	60 & 3 μην.	55	61 & 2 μην.	55	62
56	59 & 9 μην.	56	60 & 6 μην.	56	61 & 3 μην.	56	62
57	60 & 2 μην.	57	60 & 9 μην.	57	61 & 5 μην.	57	62
58	60 & 6 μην.	58	61	58	61 & 6 μην.	58	62
59	60 & 11 μην.	59	61 & 3 μην.	59	61 & 8 μην.	59	62
60	61 & 3 μην.	60	61 & 6 μην.	60	61 & 9 μην.	60	62
61	61 & 8 μην.	61	61 & 9 μην.	61	61 & 11 μην.	61	62
62	62	62	62	62	62	62	62

Πίνακας 2

		Όριο ηλικίας: 67					
2015 (από 18/08/2015 και μετά)		2016		2017		2018	
Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης
50	55	50	56 & 9 μην.	50	58 & 5 μην.	50	60 & 2 μην.
51	55	51	56 & 9 μην.	51	58 & 5 μην.	51	60 & 2 μην.
52	55	52	56 & 9 μην.	52	58 & 5 μην.	52	60 & 2 μην.
53	56 & 6 μην.	53	58	53	59 & 6 μην.	53	61
54	56 & 6 μην.	54	58	54	59 & 6 μην.	54	61
55	56 & 6 μην.	55	58	55	59 & 6 μην.	55	61
56	57 & 5 μην.	56	58 & 9 μην.	56	60 & 2 μην.	56	61 & 6 μην.
57	58 & 3 μην.	57	59 & 6 μην.	57	60 & 9 μην.	57	62
58	59 & 2 μην.	58	60 & 3 μην.	58	61 & 5 μην.	58	62 & 6 μην.
59	60	59	61	59	62	59	63
60	60 & 11 μην.	60	61 & 9 μην.	60	62 & 8 μην.	60	63 & 6 μην.
61	61 & 9 μην.	61	62 & 6 μην.	61	63 & 3 μην.	61	64
62	62 & 8 μην.	62	63 & 3 μην.	62	63 & 11 μην.	62	64 & 6 μην.
63	63 & 6 μην.	63	64	63	64 & 6 μην.	63	65
64	64 & 5 μην.	64	64 & 9 μην.	64	65 & 2 μην.	64	65 & 6 μην.
65	65 & 3 μην.	65	65 & 6 μην.	65	65 & 9 μην.	65	66
66	66 & 2 μην.	66	66 & 3 μην.	66	66 & 5 μην.	66	66 & 6 μην.
67	67	67	67	67	67	67	67
2019		2020		2021		2022 και μετά	
Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης	Ηλικία	Ηλικία συνταξιοδότησης
50	61 & 10 μην.	50	63 & 7 μην.	50	65 & 3 μην.	50	67
51	61 & 10 μην.	51	63 & 7 μην.	51	65 & 3 μην.	51	67
52	61 & 10 μην.	52	63 & 7 μην.	52	65 & 3 μην.	52	67
53	62 & 6 μην.	53	64	53	65 & 6 μην.	53	67
54	62 & 6 μην.	54	64	54	65 & 6 μην.	54	67
55	62 & 6 μην.	55	64	55	65 & 6 μην.	55	67
56	62 & 11 μην.	56	64 & 3 μην.	56	65 & 8 μην.	56	67
57	63 & 3 μην.	57	64 & 6 μην.	57	65 & 9 μην.	57	67
58	63 & 8 μην.	58	64 & 9 μην.	58	65 & 11 μην.	58	67
59	64	59	65	59	66	59	67
60	64 & 5 μην.	60	65 & 3 μην.	60	66 & 2 μην.	60	67
61	64 & 9 μην.	61	65 & 6 μην.	61	66 & 3 μην.	61	67
62	65 & 2 μην.	62	65 & 9 μην.	62	66 & 5 μην.	62	67
63	65 & 6 μην.	63	66	63	66 & 6 μην.	63	67
64	65 & 11 μην.	64	66 & 3 μην.	64	66 & 8 μην.	64	67
65	66 & 3 μην.	65	66 & 6 μην.	65	66 & 9 μην.	65	67
66	66 & 8 μην.	66	66 & 9 μην.	66	66 & 11 μην.	66	67
67	67	67	67	67	67	67	67

Ανάγνωση των Πινάκων

- 1) Για τον προσδιορισμό της νέας ηλικίας συνταξιοδότησης χρησιμοποιούνται οι Πίνακες 1 και 2: στον **Πίνακα 1** αναζητείται η νέα ηλικία συνταξιοδότησης για όσους σύμφωνα με τις πριν την έναρξη ισχύος του Ν. 4336/2015 γενικές, ειδικές ή καταστατικές διατάξεις προβλεπόταν η θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος λόγω γήρατος με ελάχιστο χρόνο ασφάλισης τουλάχιστον 35 ετών ή/και ανεξάρτητα από την ηλικία τους, ενώ στον **Πίνακα 2** αναζητείται η νέα ηλικία συνταξιοδότησης για όσους σύμφωνα με το προϊσχύον του Ν. 4336/2015 νομοθετικό πλαίσιο η θεμελίωση δικαιώματος συνταξιοδότησης προβλεπόταν με χρόνο ασφάλισης μικρότερο των 35 ετών και (το κατά περίπτωση) προβλεπόμενο όριο ηλικίας.
- 2) Σε κάθε περίπτωση, όπου για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος **δεν** προβλεπόταν όριο ηλικίας (αλλά μόνο χρόνος ασφάλισης), η σταδιακή αύξηση αρχίζει από το 58^ο έτος όταν ο ελάχιστος απαιτούμενος χρόνος ασφάλισης είναι τουλάχιστον 35 έτη, ενώ όταν ο ελάχιστος απαιτούμενος χρόνος ασφάλισης είναι μικρότερος από 35 έτη η σταδιακή αύξηση του ορίου ηλικίας αρχίζει από το 55^ο έτος.
- 3) Στις περιπτώσεις όπου το προβλεπόμενο όριο ηλικίας για την θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος σύμφωνα με το προγενέστερο του Ν. 4336/2015 νομοθετικό πλαίσιο ήταν μικρότερο των 50 ετών, η σταδιακή αύξηση αρχίζει με βάση το 50^ο έτος ηλικίας.
- 4) Το νέο όριο ηλικίας προκύπτει κατά περίπτωση από τους Πίνακες 1 και 2 από την **“ηλικία συνταξιοδότησης”** της στήλης που αντιστοιχεί στο έτος κατά το οποίο ο ασφαλισμένος συμπληρώνει το όριο ηλικίας που προβλεπόταν από τις προηγούμενες του Ν. 4336/2015 γενικές, ειδικές ή καταστατικές διατάξεις. Ειδικά για τις περιπτώσεις όπου σύμφωνα με το προγενέστερο του Ν. 4336/2015 νομοθετικό πλαίσιο το δικαίωμα συνταξιοδότησης θεμελιώνονταν ανεξάρτητα από όριο ηλικίας, ο προσδιορισμός της νέας ηλικίας συνταξιοδότησης γίνεται με βάση τον Πίνακα 1, στον οποίο η νέα ηλικία είναι αυτή που αντιστοιχεί κατά περίπτωση στην ηλικία των 58 ή 55 ετών, στο έτος κατά το οποίο ο ασφαλισμένος συμπληρώνει τον από προγενέστερο του Ν. 4336/2015 νομοθετικού πλαισίου προβλεπόμενο κατά περίπτωση χρόνο ασφάλισης.

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Άνδρες ασφαλισμένοι

1. Άνδρες ασφαλισμένοι πριν από την 01/01/1983 θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει έως 18/08/2015 τα 35 έτη ασφάλισης για να συνταξιοδοτηθούν χωρίς όριο ηλικίας.
Δεν εξαγοράζονται πλασματικοί χρόνοι Ν. 3996/2011.

2. Άνδρες ασφαλισμένοι πριν από την 01/01/1983 που συμπληρώνουν τα 35 έτη ασφάλισης με εξαγορά χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας (Ν. 1358/83) ή με υποβολή αίτησης εξαγοράς στρατιωτικής υπηρεσίας κατατεθείσα μέχρι 18/08/2015 θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει ταυτόχρονα και το 58^ο έτος της ηλικίας τους.
Δεν εξαγοράζονται πλασματικοί χρόνοι Ν. 3996/2011.

3. Άνδρες ασφαλισμένοι πριν από την 01/01/1983 που συμπληρώνουν τα 35 έτη ασφάλισης από 19/08/2015 μέχρι 31/12/2015 με ή χωρίς αίτηση εξαγοράς χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας μέχρι 31/12/2015 θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει και το όριο ηλικίας των 58 ετών και 6 μηνών για καταβολή σύνταξης.
Το ίδιο ισχύει αντίστοιχα για τα έτη

2016 = 59,00	ετών	} Πίνακας (1)
2017 = 59,6	ετών	

Κ. Ο. Κ.

Δεν εξαγοράζονται πλασματικοί χρόνοι Ν. 3996/2011.

4. α) άνδρες ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/1992 με συμπλήρωση 25 ετών ασφάλισης έως 31/12/2012 αιτούμενοι πλήρους σύνταξης γήρατος θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει :

	έως 18/08/2015	το 65 ^ο έτος της ηλικίας τους	} Πίνακας (2)
19/08/2015	έως 31/12/2015	τα 65 έτη και 3 μήνες	
01/01/2016	έως 31/12/2016	τα 65 έτη και 6 μήνες	
01/01/2017	έως 31/12/2017	τα 65 έτη και 9 μήνες	

Κ.Ο.Κ.

β) άνδρες ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/1992 με συμπλήρωση 25 ετών ασφάλισης έως 31/12/2012 αιτούμενοι μειωμένης σύνταξης γήρατος θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει έως και 18/08/2015 το 60^ο έτος της ηλικίας τους.

19/08/2015	έως 31/12/2015	60 ετών και 11 μηνών	} Πίνακας (2)
01/01/2016	έως 31/12/2016	61 ετών και 9 μηνών	
01/01/2017	και μετά	62 ετών	

Γυναίκες ασφαλισμένες

ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΜΗΤΕΡΕΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ Ή ΜΗΤΕΡΕΣ ΤΡΙΩΝ ΤΕΚΝΩΝ

1. Γυναίκες ασφαλισμένες πριν από την 01/01/1983 που έχουν συμπληρώσει τα 32 έτη ασφάλισης έως 18/08/2015 συνταξιοδοτούνται χωρίς όριο ηλικίας.

Δεν εξαγοράζονται πλασματικοί χρόνοι Ν. 3996/2011.

2. Για γυναίκες ασφαλισμένες πριν από την 01/01/1983 που έχουν συμπληρώσει τα 32 έτη ασφάλισης από 19/08/2015 έως 31/12/2015 απαιτείται ηλικία 55 ετών και 11 μηνών.

01/01/2016 έως 31/12/2016 56 ετών και 9 μηνών

01/01/2017 έως 31/12/2017 57 ετών και 8 μηνών

} Πίνακας (1)

Κ. Ο. Κ.

Δεν εξαγοράζονται πλασματικοί χρόνοι Ν. 3996/2011.

3. Γυναίκες ασφαλισμένες μέχρι 31/12/1992 που συμπληρώνουν το 55^ο έτος της ηλικίας τους για μειωμένη σύνταξη ή το 60^ο έτος της ηλικίας τους για πλήρη σύνταξη από 01/01/2013 και μετά δικαιούνται μειωμένης σύνταξης με 25 έτη ασφάλισης στο 62^ο έτος της ηλικίας τους, με την ειδική όμως προϋπόθεση συμπλήρωσης και 750 ημερών ασφάλισης την τελευταία 5ετία πριν από την υποβολή της αίτησης για συνταξιοδότηση, και πλήρους σύνταξης με 25 έτη ασφάλισης στο 67^ο της ηλικίας τους ή με 15 έτη ασφάλισης και συμπλήρωση του 67^{ου} έτους της ηλικίας τους ταυτόχρονα.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΙΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Θεμελιωμένο δικαίωμα για μειωμένη σύνταξη **μέχρι 18/08/2015** αφορά μόνο τη μειωμένη σύνταξη, ενώ για τη θεμελίωση δικαιώματος για πλήρη σύνταξη ο ασφαλισμένος θα ανατρέξει στη ηλικία που προκύπτει από τους πίνακες 1 και 2 του Ν. 4336/2015. Εάν βάσει των πινάκων η ηλικία για μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος **μέχρι 31/12/2021** υπερβαίνει το 62^ο έτος, αυτή περιορίζεται στο 62^ο έτος.

Σε κάθε περίπτωση, η χορήγηση μειωμένης σύνταξης γήρατος έχει ως γενική προϋπόθεση την συμπλήρωση 25 τουλάχιστον ετών ασφάλισης, εκ των οποίων τα 750 ημερομίσθια θα πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί την τελευταία 5ετία πριν από την υποβολή της αίτησης και για συνταξιοδότηση με την ταυτόχρονη συμπλήρωση των ανωτέρω αναφερόμενων ορίων ηλικίας.

Για όσους θεμελιώνουν δικαίωμα για μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος **από 19/08/2015** και μετά θεσπίζεται επιπλέον ποσοστό μείωσης της σύνταξης **πέραν της προβλεπόμενης** στο Άρθρο 145 παρ. 3 του Ν. 3655/08 ύψους 10%. Το επιπλέον ποσοστό μείωσης 10% απαλείφεται από τη συμπλήρωση του νέου ορίου ηλικίας πλήρους συνταξιοδότησης και μετά και διατηρείται μόνο το προβλεπόμενο ποσοστό του Ν. 3655/08, το οποίο πάντως σε καμία περίπτωση δεν υπερβαίνει το ποσοστό μείωσης που αντιστοιχεί σε 5 έτη (60 μήνες).

Ειδικότερη πληροφόρηση για:

α) γυναίκες ασφαλισμένες πριν και μετά την 01/01/1983, μητέρες ανήλικων τέκνων ή τρίτεκνες μητέρες και

β) άλλες ιδιαίτερες περιπτώσεις

παρέχεται από το Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. Εντασσόμενων Ταμείων και Κλάδων Τράπεζων.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

1. Διαδοχική ασφάλιση

Προκειμένου να εφαρμοστούν οι διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης, δηλαδή να συνυπολογιστούν οι χρόνοι που έχουν διανυθεί σε άλλα Ταμεία πλην Ι.Κ.Α. –Ε.Τ.Α.Μ., όπως π.χ. Ο.Α.Ε.Ε., Ν.Α.Τ., Ε.Τ.Α.Α. (τ. Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε, τ. Ταμείο Νομικών) κ.λπ., θα πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχει διακοπή ασφάλισης στο Ταμείο αυτό πριν από την αποχώρηση από την Ε.Τ.Ε.

2. Εργασία συνταξιούχων

Για τους ασφαλισμένους που θα συνεχίσουν να εργάζονται ή θα αναλάβουν εργασία μετά από τις 12/05/2016 αναμένονται οδηγίες από την Διοίκηση Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ως προς την επίπτωση στο καταβαλλόμενο ποσό σύνταξης για κάθε είδος απασχόλησης.

3. Πλασματικοί χρόνοι

Όσοι θεμελιώνουν δικαίωμα συνταξιοδότησης από 01/01/2011 και εξής με προϋποθέσεις που διαμορφώνονται και ισχύουν από την ημερομηνία αυτή και μετά, με βάση τις προσαυξημένες προϋποθέσεις που θέτει το Άρθρο 10 του Ν.3863/2010 μπορούν να αναγνωρίσουν πλασματικούς χρόνους βάσει του Ν. 3996/2011 (π.χ. σπουδές, ασφαλιστικά κενά, απεργίες, τέκνα).

Αντίθετα, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν πλασματικούς χρόνους βάσει των διατάξεων του Ν. 3996/2011 πρόσωπα που ήδη έχουν θεμελιώσει ή κατοχυρώσει συνταξιοδοτικό δικαίωμα μέχρι 31/12/2010 ή θεμελιώνουν από 01/01/2011 και εξής με διατάξεις που δεν τροποποιούνται από το Άρθρο 10 του Ν. 3863/2010 (π.χ. γονείς ή σύζυγοι αναπήρων ή οι συνταξιοδοτούμενοι με 15 έτη ή άνδρες με 25 έτη ασφάλισης ή άνδρες ασφαλισμένοι πριν από την 01/01/1983 με 35 έτη ασφάλισης ή γυναίκες ασφαλισμένες πριν την 01/01/1983 με 32 έτη ασφάλισης κ.λπ.), οι οποίοι όμως μπορούν να αναγνωρίσουν στρατιωτική υπηρεσία με τον Ν. 1358/83 και βάσει του Ν. 2084/92.

Οι αναγνωρίσεις του Άρθρου 40 του Ν. 3996/2011 αφορούν μόνο συνταξιοδότηση λόγω γήρατος και όχι αναπηρίας ή θανάτου με εξαίρεση τον χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας, ο οποίος αναγνωρίζεται και για θεμελίωση σύνταξης αναπηρίας και θανάτου υπό τις προϋποθέσεις του Ν. 1358/83 όπως ισχύει.

Αιτήσεις αναγνώρισης πλασματικών χρόνων, π.χ. στρατιωτική θητεία, σπουδές, τέκνα, κενά διαστήματα κ.λπ., υποβάλλονται στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου. Υποβάλλονται ταυτοχρόνως με την αποχώρησή τους από την Τράπεζα.

Οι αποφάσεις αναγνώρισης καθώς επίσης και τα αποδεικτικά εξόφλησης (πρωτότυπα) θα πρέπει να προσκομίζονται στην Υπηρεσία μας από τους ασφαλισμένους.

4. Άλλες συντάξεις

Ο χρόνος ασφάλισης που πραγματοποιείται στην Ε.Τ.Ε. (Δημόσιος Τομέας, ευρύτερος Δημόσιος Τομέας Ν. 1256/82) και ταυτόχρονα υπάρχει καταβολή σύνταξης (π.χ. θανάτου) από εργασία που έχει προσμετρηθεί στο μεγαλύτερο μέρος στον Δημόσιο ή ευρύτερο Δημόσιο Τομέα δεν θεωρείται συντάξιμος (πληροφορίες για συμπληρωματικά δικαιολογητικά από την Υπηρεσία).

5. Μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος αιτείται χορήγησης μειωμένης σύνταξης λόγω γήρατος (4.4 ερώτηση εντύπου) σημειώνεται **X** στην αντίστοιχη ένδειξη **ΝΑΙ** λαμβανομένων υπ' όψιν των εξής:

Για όσους θεμελιώνουν δικαίωμα μειωμένης σύνταξης λόγω γήρατος από 19/08/2015 και μετά θεσπίζεται επιπλέον ποσοστό μείωσης της σύνταξης πέραν της προβλεπομένης στο Άρθρο 145 παρ. 3 του Ν. 3655/08 ύψους 10%. Από την συμπλήρωση του νέου ορίου ηλικίας πλήρους συνταξιοδότησης και μετά διατηρείται μόνο το προβλεπόμενο ποσοστό του Ν. 3655/08, το οποίο πάντως σε καμία περίπτωση δεν υπερβαίνει το ποσοστό μείωσης που αντιστοιχεί σε 5 έτη (60 μήνες).

Όσοι ασφαλισμένοι/ες ζητούν χορήγηση σύνταξης γήρατος και ταυτόχρονα αναστολή της θα πρέπει να αναγράφουν την λέξη **ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΗ** στο σώμα της αίτησης (σελίδα 1) ενυπογράφως. Δεν μπορούν να ζητήσουν την αναστολή της σύνταξης όταν συνταξιοδοτούνται με 15 έτη ασφάλισης και 67 ετών ή όταν ζητούν να συνταξιοδοτηθούν με μειωμένη σύνταξη ή με τα 35 έτη οι άνδρες και 32 έτη οι γυναίκες.

Όσον αφορά την ακριβή ημερομηνία θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος, σύμφωνα με τις οδηγίες της διοίκησης του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. το Υποκατάστημά μας δεν δύναται να την ορίσει, καθώς αυτή προσδιορίζεται μετά από την υποβολή του σχετικού αιτήματος συνταξιοδότησης, την προσκόμιση όλων των δικαιολογητικών και την ολοκλήρωση των αναγκαίων ενεργειών από τα αντίστοιχα τμήματα του Υποκαταστήματος και ωρίμανση (ολοκλήρωση) του συνταξιοδοτικού φακέλου.

Τέλος, σας γνωστοποιούμε ότι δεν χορηγούνται πληροφορίες για τον προσδιορισμό του ύψους του ποσού κύριας σύνταξης.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η αίτηση για κύρια σύνταξη, εφ' όσον πληρούνται οι προϋποθέσεις χορήγησης, κατατίθεται στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ./Τ.Τ.Σ.Π. ΕΤΕ, Δραγατσανίου 8, 1^{ος} όροφος, μετά από την έξοδο από την Ε.Τ.Ε. Για την ανεύρεση του εντύπου ακολουθούν οδηγίες.

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ
ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ**

A) 1. www.ika.gr

2. Στην ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ, πιάστε το σύνδεσμο «ΑΝΤΛΗΣΗ ΕΝΤΥΠΩΝ/ΕΡΓΑΛΕΙΑ»
 3. Στην ενότητα «ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ», λήψη των εντύπων:
 - 120219040 για αίτηση ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ (ΕΝΤΥΠΟ Σ1)
 - 120219041 για αίτηση ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ΕΝΤΥΠΟ Σ2)
 - 120219042 για αίτηση ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΕΝΤΥΠΟ Σ3)
-

B) 1. www.aopete.gr

2. Στην ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ, ΙΚΑ-ΕΤΑΜ /Τ.Τ.Σ.Π.-ΕΤΕ
3. Πιάστε το σύνδεσμο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ /Τ.Τ.Σ.Π.-ΕΤΕ
4. Στην ενότητα «ΑΙΤΗΣΕΙΣ – ΕΝΤΥΠΑ», λήψη των εντύπων :
 - > Σ1 ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ
Σ1.2 ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ Σ1 ΑΙΤΗΣΗ
 - Σ2 ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
 - Σ3 ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

3. Έλεγχος Απαραίτητων Δικαιολογητικών

8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		
8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ	Συνημμ	Ελλεί π.
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου		
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής		
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης)		
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης		
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.		
8.1.6 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή		
8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (πίνακας 5)		
8.2.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων προσώπων. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή Πιστοποιητικό Γέννησης* εάν δεν έχει εκδοθεί αστυνομική ταυτότητα. Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς)		
8.2.2 Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής (για τα προστατευόμενα πρόσωπα που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών, τα οποία κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα)		
8.2.3 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης*		
8.2.4 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικού Γάμου		
8.2.5 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής)		
8.2.6 Αμετάκλητη δικαστική απόφαση για τον ορισμό του αιτούντος ως οριστικού δικαστικού συμπαραστάτη ανάπηρου αδελφού/-ής (για αδελφούς αναπήρων)		
8.2.7 Δικαστική απόφαση περί λύσης γάμου (για διαζευγμένους γονείς ανάπηρων ανήλικων τέκνων)		
8.3 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ		
8.3.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού		
8.3.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα		
8.4 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ		
8.4.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)		
8.4.2 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*		
8.4.3 Δικαιολογητικά αναγνώρισης των υπόλοιπων πλασματικών χρόνων του πίνακα 2.2.2 (χορηγούνται από τις υπηρεσίες Εσόδων του υποκαταστήματος των ασφαλισμένων)		
8.5 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)		
8.5.1 Απόφαση συνταξιοδότησης		
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμόδιου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας		
8.6 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)		
8.6.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιouπαλληλικές διατάξεις)		
8.6.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων		
8.6.3 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.11, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωιδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες		
8.7 ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΕΙΣ ΔΙΠΛΟΥΝ)**

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του και θεωρείται Υπεύθυνη Δήλωση (Ν. 1599/1986, άρθρο 8 παρ. 4). Οι ασφαλισμένοι που έχουν εγγραφεί στην Ηλεκτρονική Υπηρεσία Πιστοποίησης της ιστοσελίδας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (www.ika.gr) έχουν τη δυνατότητα να υποβάλουν και να παρακολουθούν τη διεκπεραίωση της αίτησης αυτής ηλεκτρονικά.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	*ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	*ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
-------------------	-----------------------------	------------------

*Συμπληρώνεται από την υπηρεσία.

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή και 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.

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	Α.Φ.Μ.
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με X)	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ						
2.							
3.							
4.							
5.							
ΣΥΝΟΛΟ							

2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε; (σημειώστε με X στην κατάλληλη απάντηση)

ΝΑΙ ΟΧΙ

2.1.2 Αν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)

/ /

2.1.3 Αν έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου.

ΝΑΙ ΟΧΙ

2.1.4 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ

Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο

2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ

ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ

ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ

2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Στρατολογικό Γραφείο: _____

ΣΠΟΥΔΕΣ

ΜΑΘΤΕΙΑ

ΤΕΚΝΑ

ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ

ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΠΕΡΓΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ*

*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε με X το αντίστοιχο πεδίο:

ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
							/
							/
							/

3.2 Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

3.3 Εάν είστε συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα καθώς και του Δημοσίου ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας ή είστε ασφαλισμένος σε άλλο φορέα, επιθυμείτε την εξαίρεσή σας από την ασφαλιστική κράτηση για τον κλάδο υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον η κράτηση αυτή γίνεται από τους άλλους φορείς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σημ.: 1. Εάν είστε ήδη συνταξιούχος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η κράτηση για τον κλάδο υγείας γίνεται υποχρεωτικά από το μεγαλύτερο ποσό σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

2. Η ανωτέρω επιλογή σας δύναται να μεταβληθεί μετά την πάροδο διετίας.

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 38 του Ν. 3996/2011 περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εάν χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με βάση αναληθή ή ανακριβή δήλωση στοιχείων, ο δηλών υποχρεούται να επιστρέψει εντόκως κάθε ποσό σύνταξης που έλαβε αχρεωστήτως. Στην περίπτωση που χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο της οριστικής, οι διαφορές ποσών πρέπει να επιστραφούν από τον ασφαλισμένο με παρακράτηση του ¼ από τη μηνιαία σύνταξή του, μέχρι την εξόφληση.

Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, συμπληρώστε το διπλανό πεδίο με X.

4.2 Συμπληρώστε παραπλεύρως το έτος ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗΣ του συνταξιοδοτικού δικαιώματος.

4.3 Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

4.4 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;

4.5 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);

4.6 Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιούπαλληλικές διατάξεις;

4.7 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων;
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας.

4.8 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου, συμπληρώστε παραπλεύρως με X την απάντηση ΝΑΙ και στον πίνακα 5 τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.

4.9 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις**, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;

4.10 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;

4.11 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;

** 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 (προστατευόμενα πρόσωπα)

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, άγαμα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή
 Προσοχή: Ο Α.Μ.Κ.Α. και ο Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του/της συζύγου και των άλλων προσώπων,
 καθώς και ο Α.Φ.Μ. του/της συζύγου συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

	ΣΥΖΥΓΟΣ		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ												
Α.Μ.Κ.Α.												
Α.Φ.Μ.												
Δ.Ο.Υ.												
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ* ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**												
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ΙΕΚ*** (ολογράφως)												

5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω; (σημειώστε με Χ)

ΝΑΙ ΟΧΙ

* Η ασφάλιση στον Ο.Γ.Α. θεωρείται εργασία

** Συμπληρώνεται εάν έχετε ζητήσει τη χορήγηση του εξωιδρυματικού επιδόματος στον πίνακα 4.11

*** 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

(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάσταση μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία μου χορηγούνται παροχές (γάμος, διαζύγιο, εργασία, συνταξιοδότηση, λήξη σπουδών, θάνατος, διακοπή ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας από άλλο φορέα), 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.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Σημείωση: Εάν έχετε συμπληρώσει τον πίνακα 1.2, απαιτείται θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής σας.

8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ	Συνημμ.	Ελλείπ.
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου		
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής		
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης)		
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης		
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.		
8.1.6 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή		
8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (πίνακας 5)		
8.2.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων προσώπων. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή Πιστοποιητικό Γέννησης* εάν δεν έχει εκδοθεί αστυνομική ταυτότητα. Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς)		
8.2.2 Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής (για τα προστατευόμενα πρόσωπα που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών, τα οποία κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα)		
8.2.3 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης*		
8.2.4 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικού Γάμου		
8.2.5 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής)		
8.2.6 Αμετάκλητη δικαστική απόφαση για τον ορισμό του αιτούντος ως οριστικού δικαστικού συμπαραστάτη ανάπηρου αδελφού/-ής (για αδελφούς αναπήρων)		
8.2.7 Δικαστική απόφαση περί λύσης γάμου (για διαζευγμένους γονείς ανάπηρων ανήλικων τέκνων)		
8.3 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ		
8.3.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού		
8.3.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα.		
8.4 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ		
8.4.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)		
8.4.2 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*		
8.4.3 Δικαιολογητικά αναγνώρισης των υπόλοιπων πλασματικών χρόνων του πίνακα 2.2.2 (χορηγούνται από τις υπηρεσίες Εσόδων του υποκαταστήματος των ασφαλισμένων)		
8.5 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)		
8.5.1 Απόφαση συνταξιοδότησης		
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμόδιου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας		
8.6 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)		
8.6.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιοϋπαλληλικές διατάξεις)		
8.6.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων		
8.6.3 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.11, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες		
8.7 ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		

Ο ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΚΑΙ ΔΙΕΝΗΡΓΗΣΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ _____

*Αυτεπάγγελτη αναζήτηση.

Τα φωτοαντίγραφα των δικαιολογητικών επικυρώνονται από την υπηρεσία με την επίδειξη του πρωτοτύπου.

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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ / ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.Τ.Ε.								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν απασχολούμαι σε εξαρτημένη ή αυτοτελή απασχόληση και δεν λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό κύριας ασφάλισης ή το δημόσιο. Ακόμη δηλώνω ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την αρμόδια υπηρεσία του Ι.Κ.Α. αν στο μέλλον αναλάβω οποιαδήποτε εργασία ή συνταξιοδοτηθώ.
- Επίσης δηλώνω ότι δεν κατέχω θέση αιρετού οργάνου (Δήμαρχος, Αντιδήμαρχος κτλ), δεν λαμβάνω αποζημίωση ή αντιμισθία ως αιρετό όργανο των ΟΤΑ Α & Β βαθμού και είμαι υποχρεωμένος να ενημερώσω για οποιαδήποτε αλλαγή της οικογενειακής και εργασιακής και συνταξιοδοτικής μου κατάστασης.
- Επίσης, δεν συνεχίζω να απασχολούμαι σε υπηρεσία του δημοσίου ή ευρύτερου δημόσιου τομέα μετά την αποχώρηση μου από την υπηρεσία μου (.....) με οποιαδήποτε μορφή απασχόλησης ή αμοιβής και γνωρίζω ότι στην περίπτωση που αναλάβω τέτοια απασχόληση είμαι υποχρεωμένος να ενημερώσω την υπηρεσία συντάξεων και στην περίπτωση αυτή, εμπίπτω στο πεδίο εφαρμογής των διατάξεων της παρ. 14 του άρθρου 8 του Ν.2592/98 ήτοι 70% μείωση σύνταξης.

Ημερομηνία:20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημοσίου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

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

**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)

Αυτή η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται και υπογράφεται υποχρεωτικά από τον/την αιτούντα/-ούσα. Στην περίπτωση που κατατεθεί από νόμιμο εκπρόσωπο του/της απαιτείται η θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής του/της αιτούντος/-ας.

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	I.K.A. – Ε.Τ.Α.Μ. ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ / ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.Τ.Ε.		Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:		
Ο – Η Όνομα:	Επώνυμο:				
Α.Μ.Κ.Α.	Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.				
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :					
Τόπος Γέννησης:					
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου (για αλλοδαπούς):			Τηλέφωνο:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ:	ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Email:			
IBAN:					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4387/2016, καθώς και τις διατάξεις που αφορούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, δηλώνω ανεπιφύλακτα τα ακόλουθα:

- ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ να μου καταβληθεί προσωρινή σύνταξη (συμπληρώνεται υποχρεωτικά η ένδειξη): ΟΧΙ
- ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΜΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ προσωρινή σύνταξη (συμπληρώνεται υποχρεωτικά η ένδειξη): ΝΑΙ
- ΓΝΩΡΙΖΩ και ΠΛΗΡΩ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΜΟΥ σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- ΔΕΝ ΕΜΠΙΠΤΩ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡ. 7 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 29 ΤΟΥ Ν. 4387/2916, που δεν χορηγείται προσωρινή σύνταξη.
- Έλαβα γνώση και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τα αναγραφόμενα στη σελίδα 2 αυτής της δήλωσης (η δήλωση συνεχίζεται και υπογράφεται και στη σελίδα 2):
- Τα ασφαλιστικά στοιχεία μου ή του/της θανόντος/-ούσας, είναι τα εξής:

Στον ακόλουθο πίνακα συμπληρώνονται οι φορείς κύριας ασφάλισης (διαδοχικής ή παράλληλης), το χρονικό διάστημα έναρξης και λήξης της ασφάλισης σε αυτούς, οι ημέρες ασφάλισης για τις οποίες έχουν καταβληθεί οι αντίστοιχες ασφαλιστικές εισφορές, το Ταμείο στα οποίο υπάρχουν τυχόν οφειλές καθώς και το οφειλόμενο ποσό, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Υ.Α. Φ.1500/οικ.9696/195/08.08.2014 (2441 Β').

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	ΟΦΕΙΛΕΣ ΑΠΟ ΕΙΣΦΟΡΕΣ		
				ΝΑΙ	ΠΟΣΟ ΟΦΕΙΛΗΣ	ΟΧΙ

(4)

Ημερομηνία:/...../20

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

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

I. Η υπηρεσία **δεν υποχρεούται να μου χορηγήσει προσωρινή σύνταξη** στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α. Εάν έχω δηλώσει με την παρούσα ότι δεν επιθυμώ να λάβω προσωρινή σύνταξη.
- β. Όταν δεν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.
- γ. Όταν για τη συνταξιοδότηση πρέπει να εφαρμοστούν οι Κανονισμοί 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας και 987/2009 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Σεπτεμβρίου 2009, για καθορισμό της διαδικασίας εφαρμογής του κανονισμού (ΕΚ) αριθμ.883/2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας, καθώς και οι διμερείς συμβάσεις κοινωνικής ασφάλειας, εκτός των περιπτώσεων που θεμελιώνεται αυτοτελές συνταξιοδοτικό δικαίωμα μόνο με το χρόνο ασφάλισης σε ελληνικό ασφαλιστικό φορέα.
- δ. Όταν δεν έχουν κατατεθεί τα απαραίτητα δικαιολογητικά.
- ε. Όταν λαμβάνεται ταυτόχρονα και άλλη κύρια σύνταξη για την ίδια αιτία.
- στ. Όταν δεν έχει διακοπεί η εργασία κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης.
- ζ. Όταν είναι απαραίτητη η προηγούμενη αναγνώριση χρόνων ασφάλισης για θεμελίωση συνταξιοδοτικών προϋποθέσεων. Στην περίπτωση αυτή, ο λόγος θεωρείται ότι εκλείπει εφόσον, μετά την υποβολή σχετικής αίτησης εκ μέρους του ενδιαφερομένου, εκδοθεί η απόφαση αναγνώρισης χρόνου ασφάλισης, ακόμα και αν η εξαγορά του χρόνου αυτού γίνει τμηματικά με παρακράτηση του σχετικού ποσού από τη σύνταξη του δικαιούχου.
- η. Όταν υπάρχουν οφειλές από ασφαλιστικές εισφορές ποσού που υπερβαίνει τα προβλεπόμενα από τις σχετικές διατάξεις ποσά. Αν μεταγενέστερα εκλείψει ο λόγος αυτός, η προσωρινή σύνταξη καταβάλλεται από την επομένη της υποβολής σχετικής νέας αίτησης.

II. Στην περίπτωση **διαδοχικής ασφάλισης**, εάν δεν δικαιωθώ σύνταξης από τους προηγούμενους του τελευταίου ασφαλιστικούς οργανισμούς, τότε εφόσον ο τελευταίος φορέας είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, θα μου χορηγήσει σύνταξη: α) εάν έχω πραγματοποιήσει στην ασφάλισή του 1000 ημέρες εργασίας οποτεδήποτε, από τις οποίες 300 την τελευταία 5ετία πριν από την υποβολή της αίτησης για σύνταξη ή τη διακοπή της απασχόλησης, για περιπτώσεις συνταξιοδότησης λόγω γήρατος και 300 ημέρες εργασίας οποτεδήποτε για περιπτώσεις συνταξιοδότησης λόγω θανάτου ή αναπηρίας, και β) εάν συμπληρώσω με το συνολικό χρόνο της διαδοχικής ασφάλισης τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

III. Όταν για τη χορήγηση σύνταξης είναι απαραίτητη η κρίση των υγειονομικών επιτροπών, η **έναρξη της προθεσμίας καταβολής προσωρινής σύνταξης του άρθρου 29 του Ν. 4387/2016** καθορίζεται από το χρόνο στον οποίο οριστικοποιείται η γνωμάτευση. Η έναρξη της προθεσμίας χορήγησης προσωρινής σύνταξης του νόμου αυτού καθορίζεται και από άλλες προϋποθέσεις, όπως ενδεικτικά αναφέρονται στη σχετική εγκύκλιο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

IV. Στην περίπτωση που μου χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούμαι να λάβω με την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οι διαφορές ποσών θα πρέπει να επιστραφούν μέσω συμφητισμού με τα ποσά της οριστικής σύνταξής μου μέχρι την εξόφληση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 103 του Ν. 4387/2016. Εάν μου χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με τα στοιχεία που δηλώνω και προσκομίζω και στη συνέχεια διαπιστωθεί ότι αυτά είναι ανακριβή ή αναληθή και ότι δεν δικαιούμαι να λάβω οριστική σύνταξη, εκτός των προβλεπόμενων κυρώσεων του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986, υποχρεούμαι, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 103 του Ν. 4387/2016, να επιστρέψω εντόκως προς 3% τα ποσά προσωρινής σύνταξης. Εάν διαπιστωθεί ότι δεν έχω δικαίωμα συνταξιοδότησης και μου έχει καταβληθεί προσωρινή σύνταξη χωρίς υπαιτιότητά μου, υποχρεούμαι, σύμφωνα με τις ανωτέρω διατάξεις, να επιστρέψω τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

.....

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπόγραφή)

**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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ / ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.Τ.Ε.						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Είμαι έγγαμος από το έτος και ο/η σύζυγός μου, επαγγέλματος..... ευρίσκεται εν ζωή. Επίσης, ευρίσκονται εν ζωή τα παρακάτω τέκνα μου: 1)..... που γεννήθηκε το 2) που γεννήθηκε το Τα παραπάνω τέκνα μου είναι νόμιμα και προέρχονται από το νόμιμο γάμο μου και δεν προέρχεται από υιοθεσία, αναγνώριση ή νομιμοποίηση. Δηλώνω επίσης ότι υποχρεούμαι σύμφωνα με το αρ. 13 του κανονισμού, να κάνω γνωστή στο Ταμείο, κάθε μεταβολή που επιφέρει μείωση ή τροποποίηση της συντάξεώς μου. Για τη χορήγηση καταβολής οικογενειακού επιδόματος συζύγου και τέκνων δηλώνω ότι ενημερώθηκα περί των Διατάξεων της παρ. 1 του αρ. 10 και της παρ. 2 του αρ. 27 του Ν. 4387/2016 (σχετικό το Σ62/29/ εγκύκλιος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ 21/06.07.2016).

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

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



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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ / ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.Τ.Ε.						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το σπουδάζον τέκνο μου είναι άγαμο, δεν εργάζεται και παρακολουθεί κανονικά τις σπουδές του.

Είναι νόμιμο και προέρχεται από τον νόμιμο γάμο μου και όχι από υιοθεσία, αναγνώριση ή νομιμοποίηση.

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω το Ι.Κ.Α. σε περίπτωση διακοπής των σπουδών, γάμου ή ανάληψης εργασίας ή λήψης συντάξεως εξ ιδίου δικαιώματος, διαφορετικά θα πρέπει να επιστρέψω τυχόν αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά συντάξεως ως οικογενειακό επίδομα σύμφωνα με τις διατάξεις του Άρθρου 40 παρ. 4^ο του Α.Ν. 1846/51.

Δηλώνω επίσης ότι η φοίτησή του στο Πανεπιστήμιο του εξωτερικού είναι συνεχής και υποχρεωτική και όχι εξ αποστάσεως.

(4)

Ημερομηνία: / / 20

Ο – Η Δηλ

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

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

*** Βλέπε Γενικές Οδηγίες α/α 2**

2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε; (σημειώστε με X στην κατάλληλη απάντηση)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

**2.1.2 Ακριβής ημερομηνία διακοπής απασχόλησης
(συμπληρώνεται και η Υπεύθυνη Δήλωση - Έντυπο 1)**

2.1.2 Αν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
--	---	---

2.1.3 Ο αριθμός πρωτοκόλλου και η υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην οποία οι ασφαλισμένοι έχουν καταθέσει ένσημα ΙΚΑ προς καταμέτρηση

2.1.4 Αν ΝΑΙ → Προσκόμιση στη υπηρεσία στις σχετικής Απόφασης

2.1.3 Αν έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου. 2.1.4 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

2.2 Πλασματικοί Χρόνοι

(βλέπε οδηγίες πλασματικών χρόνων και απαιτούμενα δικαιολογητικά 8.4)

*** Βλέπε Γενικές Οδηγίες α/α 3**

2.2 ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ	
Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο	
2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ	ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Στρατιωτική Υπηρεσία
ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ	ΣΠΟΝΔΕΣ
	ΜΑΘΗΤΕΙΑ
	ΤΕΚΝΑ
	ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΛΦΟΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ
	ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ
	ΕΠΙΔΟΤΗΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
	ΑΠΕΡΓΙΑ
	ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ*

*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω κληρονομικής ή αποκληρονομικής στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων

3 Συντάξεις

3.1 Συμπληρώνεται το πεδία σε περίπτωση λήψης άλλης σύνταξης ή υποβολής αιτήματος προς συνταξιοδότηση δεύτερης σύνταξης σε οποιοδήποτε Κύριο Φορέα Ασφάλισης και η οποία δεν έχει κριθεί ακόμη.

***βλέπε Γενικές Οδηγίες α/α 4**

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ							
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε με X το αντίστοιχο πεδίο:							
ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
							/
							/

Οδηγίες

3.2 Δίδεται η πληροφορία στην ερώτηση ως ανωτέρω

3.2 Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
3.3 Βλέπε Αρ. Πρωτ. Φ.100700/ΟΙΚ. 23637/977/8.8.2016 έγγραφο Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (γνωστοποίηση διατάξεων του άρθρου 44 του Ν.4387/2016, ΦΕΚ 85/τα Α/12.5.2016)		
3.3 Εάν είστε συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα καθώς και του Δημοσίου ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας ή είστε ασφαλισμένος σε άλλο φορέα, επιθυμείτε την εξαίρεσή σας από την ασφαλιστική κράτηση για τον κλάδο υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον η κράτηση αυτή γίνεται από τους άλλους φορείς ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

4. Ειδικές Πληροφορίες

4.1 Καταχωρείται **X** μόνο σε περίπτωση που **ΔΕΝ** επιθυμείτε την χορήγηση προσωρινής σύνταξης

Αν δεν καταχωρήσετε **X** θα πρέπει να συμπληρώσετε την Υπεύθυνη Δήλωση (Ν.1599/86) - Έντυπο 2 με αναλυτικά τους χρόνους ασφάλισης που θέλετε να ληφθούν υπ' όψιν στην συνταξιοδότησή σας ή έχετε αναγνωρίσει ή εκκρεμούν προς εξαγορά.

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 38 του Ν. 3996/2011 περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εάν χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με βάση αναληθή ή ανακριβή δήλωση στοιχείων, ο δηλών υποχρεούται να επιστρέψει εντόκως κάθε ποσό σύνταξης που έλαβε αχρεωστήτως. Στην περίπτωση που χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο της οριστικής, οι διαφορές ποσών πρέπει να επιστραφούν από τον ασφαλισμένο με παρακράτηση του ¼ από τη μηνιαία σύνταξή του, μέχρι την εξόφληση. Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ , συμπληρώστε το διπλανό πεδίο με X .	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

4.2 Συμπληρώστε το έτος κατοχύρωσης

4.2 Συμπληρώστε παραπλεύρως το έτος ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗΣ του συνταξιοδοτικού δικαιώματος.	<input type="text"/>
--	----------------------

4.3 Απάντηση ΝΑΙ ή ΟΧΙ

4.3 Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Απάντηση ΝΑΙ ή ΟΧΙ

* Βλέπε Γενικές Οδηγίες α/α 5

4.4 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

4.5 Απάντηση ΝΑΙ ή ΟΧΙ

4.5 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

4.6 Απάντηση ΝΑΙ ή ΟΧΙ

4.6 Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιονομικές διατάξεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

4.7 Υποχρεωτική η συμπλήρωση της ερώτησης.

Αν καταχωρηθεί **ΝΑΙ**, βλέπε **ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ** και υποχρεωτική η κατάθεση της επαγγελματικής άδειας οδήγησης και της ειδικής άδειας οδήγησης **ΕΔΧ (ΤΑΞΙ)** ο οποίος κατέχει.

4.7 Έχετε απασχοληθεί ως **επαγγελματίας οδηγός** ή ως **εκπαιδευτής οδηγών** αυτοκινήτων;
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας.

4.8 Καταχωρείται δε περίπτωση που ζητάται η εφαρμογή των συγκεκριμένων διατάξεων - απαιτούνται επιπλέον δικαιολογητικά - πληροφορίες δίδονται από την υπηρεσία
***Βλέπε και ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

4.8 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως **γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου**, συμπληρώστε παραπλεύρως με Χ την απάντηση **ΝΑΙ** και στον **πίνακα 5** τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.

4.9 Απάντηση **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**

***Βλέπε και ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

4.9 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις**, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;

4.10 Απάντηση **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**

***Βλέπε και ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

4.10 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;

4.11 Απάντηση **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**

***Βλέπε και ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

4.11 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;

Σημείωση: για τα **4.8 4.9 4.10 4.11**, το διάστημα χορήγησης σύνταξης και επιδομάτων εξαρτάται από την κρίση των Υγειονομικών Επιτροπών (ΚΕΠΤΑ).

5. Οικογενειακή Κατάσταση

Συμπληρώνεται ο πίνακας με τα ζητούμενα στοιχεία και η αντίστοιχη Υπεύθυνη Δήλωση - Έντυπο 3 κ 4

Σημείωση: Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά προκύπτουν από τον **πίνακα 8** του εντύπου **Σ1**

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (προστατευόμενα πρόσωπα)

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, άγαμα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή
Προσοχή: Ο Α.Μ.Κ.Α. και ο Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του/της συζύγου και των άλλων προσώπων, καθώς και ο Α.Φ.Μ. του/της συζύγου συμπληρώνονται **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ**

	ΣΥΖΥΓΟΣ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	Δ΄ ΠΑΙΔΙ	ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ						
Α.Μ.Κ.Α.						
Α.Φ.Μ.						
Δ.Ο.Υ.						
ΑΡ. ΜΗΤΡΟΥ						

Συμπληρώστε

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ													
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....		
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ*	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ													
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ													
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ													
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ													
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**													
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ΙΕΚ*** (ολογράφως)													
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω; (σημειώστε με Χ)										ΝΑΙ	ΟΧΙ		
<p>* Η ασφάλιση στον Ο.Γ.Α. θεωρείται εργασία</p> <p>** Συμπληρώνεται εάν έχετε ζητήσει τη χορήγηση του εξωιδρυματικού επιδόματος στον πίνακα 4.11</p> <p>*** 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.</p>													

6. Λοιπές Πληροφορίες

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

συμπληρώστε κάθε άλλη

7. Υποχρ **χρήσιμη πληροφορία**

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία μου χορηγούνται παροχές (γάμος, διαζύγιο, εργασία, συνταξιοδότηση, λήξη σπουδών, θάνατος, διακοπή ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας από άλλο φορέα), 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.

Υπογραφή
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΙΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Σημείωση: Εάν έχετε συμπληρώσει τον πίνακα 1.2, απαιτείται θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής σας.

Αιτούντος

8. Έλεγχος Απαραίτητων Δικαιολογητικών

8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		
8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ	Συνημμ	Ελλεί π.
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου		
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής		
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης)		
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης		
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.		
8.1.6 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή		
8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (πίνακας 5)		
8.2.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων προσώπων. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή Πιστοποιητικό Γέννησης* εάν δεν έχει εκδοθεί αστυνομική ταυτότητα. Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς)		
8.2.2 Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής (για τα προστατευόμενα πρόσωπα που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών, τα οποία κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα)		
8.2.3 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης*		
8.2.4 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικού Γάμου		
8.2.5 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής)		
8.2.6 Αμετάκλητη δικαστική απόφαση για τον ορισμό του αιτούντος ως οριστικού δικαστικού συμπαραστάτη ανάπηρου αδελφού/-ής (για αδελφούς αναπήρων)		
8.2.7 Δικαστική απόφαση περί λύσης γάμου (για διαζευγμένους γονείς ανάπηρων ανήλικων τέκνων)		
8.3 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ		
8.3.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού		
8.3.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα		
8.4 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ		
8.4.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)		
8.4.2 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*		
8.4.3 Δικαιολογητικά αναγνώρισης των υπόλοιπων πλασματικών χρόνων του πίνακα 2.2.2 (χορηγούνται από τις υπηρεσίες Εσόδων του υποκαταστήματος των ασφαλισμένων)		
8.5 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)		
8.5.1 Απόφαση συνταξιοδότησης		
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμόδιου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας		
8.6 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)		
8.6.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιouπαλληλικές διατάξεις)		
8.6.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων		
8.6.3 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.11, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες		
8.7 ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		