

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ Ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ ΕΤΕΑΜ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)**

Η αίτηση αυτή είναι απλή και συμπληρώνεται εύκολα. Όμως, εάν υπάρχουν δυσκολίες, ο αιτών μπορεί να τη συμπληρώσει με τη βοήθεια υπαλλήλου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
 Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/-ΟΥΣΑ
---------	-------	--------------	----------------------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ					
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α.Φ.Μ	Δ.Ο.Υ	ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (Μόνο για συνταξιούχους)					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>									

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Δ1. Όλα τα παλαιά ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τα Αποσπάσματα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης. Εάν δεν έχουν εκδοθεί τα τελευταία Αποσπάσματα, υποβάλλεται προσωρινή βεβαίωση του εργοδότη για την αντίστοιχη χρονική περίοδο.

Δ2. Απόκομμα επιταγής ή πρόσφατο ενημερωτικό σημείωμα πληρωμής σύνταξης (από άλλο φορέα εκτός ΙΚΑ - ΕΤΑΜ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

	ΧΗΡΟΣ/ΧΗΡΑ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	ΑΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΟΝΟΜΑ					
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ					
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ					
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ					
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ					
ΔΗΜΟΤΗΣ					

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ											
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ											
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ											
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ											
ΤΗΛΕΦΩΝΟ											
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Μόνο για τους ασφαλισμένους)											
Α.Φ.Μ.											
Δ.Ο.Υ.											
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ											
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΥΝΤΑΞ/ΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ (ολογράφως)											
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΦΟΡΕΑΣ (ολογράφως)											
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΠΟΥΔΑΖΕΙ			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ			
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)											
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	ΧΗΡΟΣ/ΧΗΡΑ		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		ΆΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ		
Δ3. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς).											
Δ4. Για υπηκόους τρίτων χωρών που κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.											
Δ5. Απόφαση συνταξιοδότησης κύριου φορέα. Αν έχει ήδη εκδοθεί απόφαση κύριου φορέα - αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης – συμπληρώστε τα πεδία στον Πίνακα 6.											

Δ6. Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ. Αν επιθυμείτε την αυτεπάγγελη αναζήτηση σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ					
	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Δ7. Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN					

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Π 4.1. Αν ο θανών (ή η θανούσα) ήταν συνταξιούχος του ΕΤΕΑΜ, να αναφέρετε την κατηγορία της σύνταξης.	1. ΓΗΡΑΤΟΣ 2. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Π 4.2. Αν ο θανών (ή η θανούσα) ήταν συνταξιούχος άλλου επικουρικού Ταμείου, γράψτε το Ταμείο.	TAMEIO 1. 2.
Π 4.3. Αν ο θανών (ή η θανούσα) είχε ζητήσει σύνταξη από το ΕΤΕΑΜ ή από Ταμείο που συγχωνεύτηκε, η οποία απορρίφθηκε ή έπαιρνε σύνταξη που διακόπηκε, γράψτε το Ταμείο που συγχωνεύτηκε ή το Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	TAMEIO
Π 4.4. Αν ο θανών (ή η θανούσα) ήταν ασφαλισμένος σε άλλο Ταμείο επικουρικής ασφάλισης εκτός του ΕΤΕΑΜ, γράψτε το Ταμείο. Επιθυμείτε συνυπολογισμό του χρόνου αυτού με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	TAMEIO 1. 2. NAI OXI
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ8. Όλα τα ασφαλιστικά στοιχεία του άλλου Ταμείου.	
Π 4.5. Αν ο θανών (ή η θανούσα) ήταν ασφαλισμένος σε κάποιο επικουρικό Ταμείο που συγχωνεύτηκε στο ΕΤΕΑΜ, γράψτε το Ταμείο.	TAMEIO 1. 2.
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ9. Όλα τα ασφαλιστικά στοιχεία του συγχ/ντος Ταμείου.	
Π 4.6. Αν συνταξιοδοτηθείτε λόγω θανάτου από άλλο επικουρικό Ταμείο, γράψτε το Ταμείο αυτό.	TAMEIO 1. 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Π 5.1. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας του θανόντος (μόνο για ασφαλισμένους);	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 5.2. Επιθυμείτε αναγνώριση πλασματικού χρόνου σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 5.3. Αν εμπίπτετε στις διατάξεις του άρθρου 58 παρ.1 του Ν. 3518/06 (τυφλός - ή) για τη χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας, σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ παραπλεύρως, καθώς και το ονοματεπώνυμο του δικαιούχου από τον πίνακα 3.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	Ονοματεπώνυμο:

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Γράψτε στο πεδίο αυτό τα στοιχεία του δικαιολογητικού Δ5 του Πίνακα 3, καθώς και κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία που θεωρείτε απαραίτητο να δηλώσετε με την αίτηση αυτή.	
ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω:			
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
----------------------	--	----------

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:

Δ10. Φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου.



ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση το νόμο «περί μεσαζόντων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη λόγω θανάτου και σας δηλώνω ότι:

- Υποβάλλω την αίτηση αυτή και για τα παιδιά που αναφέρονται στον Πίνακα 3.
- Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων**, αν στο μέλλον εγώ ή τα παιδιά μου αναλάβουμε εργασία ή συνταξιοδοτηθούμε από κάθε αιτία και από οποιοδήποτε οργανισμό ή τροποποιηθεί η απόφαση κύριας σύνταξης ή διακοπεί η συνταξιοδότηση του κύριου φορέα για οποιοδήποτε λόγο. Επίσης, αν μεταβληθεί η οικογενειακή μας κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μας.
- Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.
- Μετά τη συμπλήρωση και την υπογραφή του, **το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση.**

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

(Υπογραφή)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ: 1. Τα δικαιολογητικά - πλην των με αρ. Δ2, Δ8 και Δ9 - θα υποβάλλονται μόνον όταν κύριος φορέας συνταξιοδότησης δεν είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

2. Όλα τα φωτοαντίγραφα των πιστοποιητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον έχετε το πρωτότυπο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που παρέλαβε την αίτηση:

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που θα εκδώσει την απόφαση συνταξιοδότησης:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

...../...../.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

...../...../.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή/σφραγίδα: _____