

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

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα και αφορά και τα ανήλικα ή ανίκανα τέκνα που δηλώνονται στον Πίνακα 5. Εφόσον η αίτηση υποβληθεί από νόμιμο εκπρόσωπό του αιτούντα, απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του αιτούντος.

Το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, άρθρο 8, παρ.4). Επιπλέον, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3, του άρθρου 38, Ν. 3996/2011, περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εφόσον διαπιστωθεί αναληθής ή ανακριβής δήλωση δεδομένων, ο δηλών υποχρεούται σε επιστροφή κάθε αχρεωστήτως καταβληθείσας παροχής, έντοκα (σε περίπτωση που διαπιστωθεί υπαιτιότητα) ή άτοκα (εφόσον δεν διαπιστωθεί υπαιτιότητα).

Σε περίπτωση που σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δικαιούστε με βάση την οριστική απόφαση συνταξιοδότησης, οφείλετε να επιστρέψετε τις διαφορές ποσών με παρακράτηση του 1/4 της μηνιαίας σύνταξης μέχρι την εξόφληση.

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

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

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

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

1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΑΜΚΑ	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ/...../.....
---------	-------	--------------	---------------	---------------------------------------

ΔΗΜΟΤΗΣ	ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (Μόνο για συνταξιούχους):
---------	------------------	---

1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή/και να παρακολουθεί την υπόθεσή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία:

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

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
---------	-------	--------------	---------------

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

Αν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
 συμπληρώστε με X το διπλανό πεδίο (άρθρο 38 Ν.3996/2011)
 (Συμπληρώνεται μόνο για απονομή σύνταξης θανάτου)

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

(Συμπληρώνεται μόνο για απονομή σύνταξης θανάτου)

2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

Εφόσον ο θανών/ η θανούσα ήταν συνταξιούχος ή εκκρεμεί η έκδοση σχετικής απόφασης, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο:

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

Αν α) είχε ο θανών/ η θανούσα υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/ εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και απορρίφθηκε ή β) έλαβε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ :

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο)

4.1 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα, έχει υποβληθεί δήλωση ατυχήματος; (Αν ΝΑΙ, συμπληρώστε στο κάτωθι πεδίο το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση) 	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.2 Αν κάποιος από τους δικαιούχους δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, επιθυμείτε τη χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας; <div style="text-align: right;"> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> </div> Αν ΝΑΙ αναγράψτε το/τα ονοματεπώνυμο/-α του πάσχοντος/ των πασχόντων: 1)..... 2).....		
4.3 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί; <div style="text-align: right;"> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> </div> Αν ΝΑΙ αναγράψτε το/τα ονοματεπώνυμο/-α του πάσχοντος/ των πασχόντων: 1)..... 2).....		

4.4 Επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας του θανόντος ; (μονο για την απονομή σύνταξης θανάτου) Αν ΝΑΙ σημειώστε το Στρατολογικό Γραφείο: Σημ.: Η αναγνώριση χρησιμοποιείται για θεμελίωση μόνο μετά τη συμπλήρωση του 60 ^{ου} έτους του επιζώντα ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου. Στην περίπτωση που έχει ήδη αναγνωριστεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του θανόντος ασφαλισμένου, συμπληρώστε παραπλεύρως το Υποκ/μα και τα στοιχεία της Απόφασης:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης /...../.....	

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

	ΧΗΡΟΣ /ΧΗΡΑ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	ΑΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/-Η
ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ						
ΑΜΚΑ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ή ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ/ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ						
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑΙ – ΟΧΙ)						
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)						

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Συμπληρώστε στο πεδίο αυτό κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Με βάση τα στοιχεία που δηλώνω:

1. Παρακαλώ να χορηγήσετε σύνταξη σε μένα και τα δικαιούχα πρόσωπα με τις ευνοϊκότερες για εμάς διατάξεις.
2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να **ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως** την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων στην περίπτωση που εγώ ή οι άλλοι δικαιούχοι **εργαστούμε ή συνταξιοδοτηθούμε** από κάθε απία και από οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό ή το Δημόσιο ή από φορέα ασφάλισης του εξωτερικού ή **λάβουμε επίδομα**. Την ίδια υποχρέωση αναλαμβάνω και για τις περιπτώσεις **μεταβολής της οικογενειακής μας κατάστασης** (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβολής της **διεύθυνσης** κατοικίας μας. Επίσης, λαμβάνω γνώση ότι είναι απαραίτητο να δηλωθεί αμέσως η **τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών** των τέκνων που θα λάβουν σύνταξη λόγω θανάτου, ή η παράτασή της μετά τη λήξη και πριν τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας.
3. Έλαβα γνώση πως η **κατάθεση των δικαιολογητικών** που υποχρεούμαι να προσκομίσω εντός 30 ημερών, είναι **απαραίτητη** για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/Υπογραφή))

(Όλα τα φωτοαντίγραφα δικαιολογητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφόσον προσκομίσετε το πρωτότυπο)

ΠΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

1. **Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας** του απούντα και των λοιπών δικαιούχων. Σε περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ταυτότητα στα ανήλικα τέκνα, **ληξιαρχική πράξη ή πιστοποιητικό γέννησης***. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν), **φωτοαντίγραφο διαβατηρίου** (απαιτούνται και για τα τέκνα).
2. Για τους απούντες και τους λοιπούς δικαιούχους υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα, **διαβατήριο και άδεια παραμονής** σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.
3. **Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας ή ΕΛΤΑ του απούντα** με τον αριθμό λογαριασμού (IBAN).
4. **Ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** του θανόντα/ της θανούσας και ,για συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου φορέα, όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία.
.....
.....
5. **Ληξιαρχική πράξη θανάτου***.
6. **Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος** του απούντα και των λοιπών δικαιούχων .
7. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*** του θανόντος/ της θανούσας .
8. **Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης γάμου*** ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη για τον χήρο/χήρα του θανόντος/της θανούσας.
9. **Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη λύσεως γάμου μέχρι την ημερομηνία θανάτου του συζύγου**, για τον χήρο/χήρα του θανόντος/της θανούσας.
10. **Πιστοποιητικό σπουδών*** , για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα (στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό) ή ΙΕΚ..
11. Στην περίπτωση που ο απών δεν είναι ο χήρος/ η χήρα ή παιδί του θανόντος/της θανούσας (διαζευγμένος/ή ή λοιποί δικαιούχοι), **πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*** του απούντος.
12. Στη περίπτωση που ο δικαιούχος έχει λάβει διαζύγιο από τον θανόντα/τη θανούσα, **πιστοποιητικό καταβολής διατροφής από τον θανόντα/τη θανούσα** (δικαστική απόφαση ή ιδιωτικό συμφωνητικό ή δήλωση φορολογίας εισοδήματος που αφορά το έτος θανάτου).

ΠΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

13. Για την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας , **πιστοποιητικό τύπου Α**. Στην περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωριστεί, σχετική **απόφαση αναγνώρισης***.
14. Αν έχει σημειωθεί ΝΑΙ στην ερώτηση 4.3, απαιτείται **Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται α)ότι το επίδομα παραπληγίας δεν καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εάν χορηγηθεί στο μέλλον από οποιοδήποτε φορέα, θα ενημερώσετε αμέσως την Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων, β) εφόσον έχετε νοσηλευτεί για διάστημα άνω των 30 ημερών, το ίδρυμα και ο χρόνος νοσηλείας σας**.

ΠΑ ΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

15. Εάν η αίτηση συνταξοδότησης υποβληθεί από εκπρόσωπο του/των δικαιούχου/ων, απαιτείται η προσκόμιση **επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου, καθώς και η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του απούντα/ασφαλισμένου.**

* μπορεί να αναζητηθεί και αυτεπάγγελα από τις αρμόδιες υπηρεσίες, εάν δεν προσκομιστεί από τον απούντα.

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή/σφραγίδα:

.....

ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

.....
.....
.....
.....