



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ (ΓΗΡΑΤΟΣ)

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ																													
1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η																													
Α.Μ.Κ.Α.			Α.Φ.Μ.				Δ.Ο.Υ.		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ			ΜΕΘ (ΝΑΤ)		ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ)		Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού																						
							Χώρα		Αριθμός(οί) Ασφάλισης																				
ΕΠΩΝΥΜΟ			ΟΝΟΜΑ		ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ																				
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ			ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ			ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ			ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)																				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ																													
(ΟΔΟΣ)			(ΑΡΙΘΜΟΣ)			(Τ.Κ.)		(ΠΟΛΗ)																					
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1		ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2			ΚΙΝΗΤΟ			FAX																					
Είστε κάτοικος εξωτερικού;								ΝΑΙ	ΟΧΙ																				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ																													
(ΟΔΟΣ)			(ΑΡΙΘΜΟΣ)			(Τ.Κ.)		(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)																				
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1			ΚΙΝΗΤΟ			FAX																					

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ															
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για 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.															
ΑΜΚΑ								Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ								ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ								ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ							
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1				ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2				ΚΙΝΗΤΟ				FAX			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ															
(ΟΔΟΣ)				(ΑΡΙΘΜΟΣ)				(Τ.Κ.)				(ΠΟΛΗ)			

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ								
2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισής σας στην Ελλάδα και το εξωτερικό) Σημείωση: Με την πληροφορία ότι, εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού, πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό σας Φορέα για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισής σας στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)								
ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ;	
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
2.								
3.								
4.								
5.								
ΣΥΝΟΛΟ								

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			
Οι παρακάτω υπηρεσίες μου είναι αληθινές και αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:			
Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
Α.			
Β.			
Γ.			
Δ.			
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;			
1. ΓΗΡΑΤΟΣ		2. ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ					
Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί η ειδική προσαύξηση λόγω γήρατος; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τα πεδία 3.1 και 3.2 της αίτησης, εφόσον είναι απαραίτητο.				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρακαλούμε συμπληρώστε στον ακόλουθο πίνακα την περίοδο που εργαστήκατε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/νσης του εργοδότη					
Επωνυμία Εργοδότη	Δ/νση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος	
A.					
B.					
Γ.					
Δ.					
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)					
Έχετε την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης των έργων ή βεβαιώσεις των εργοδοτών.					
ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ			Αρ. Πρωτοκόλλου		
A.					
B.					
Γ.					

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ												
Έχετε διακόψει το επάγγελμά σας;						ΝΑΙ			ΟΧΙ			
Αν ΝΑΙ , τότε δηλώστε την ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός σας												
Η επιχείρησή σας συνεχίζεται; (ΝΑΙ αν συνεχίζεται, ΟΧΙ αν διαλύθηκε)						ΝΑΙ			ΟΧΙ			
Αν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)						ΑΜΚΑ						
Έχετε ατομική επιχείρηση ή μετέχετε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον/τους ΑΦΜ των εταιρειών						ΝΑΙ			ΟΧΙ			
ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ												
A.												
B.												
Γ.												
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;												
1. ΓΗΡΑΤΟΣ			3. ΓΗΡΑΤΟΣ με 15 έτη ασφάλισης για ειδικές κατηγορίες Αναπηρίας									
2. ΓΗΡΑΤΟΣ (με 25 έτη ασφάλισης για γονείς – συζύγους – αδελφούς αναπήρων)			4. ΓΗΡΑΤΟΣ χωρίς διακοπή επαγγελματικής δραστηριότητας (Ν.3996/2011)									

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόσασταν:		
Ο συντάξιμος χρόνος που θα υπολογισθεί για τη σύνταξή σας, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για να πάρετε σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πήρατε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε πραγματοποιήσει συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης; Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τον Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	
ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε:		
α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν		
β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;		

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξής μου επιθυμώ να ληφθεί υπόψη η εξής διετία:	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην Ελλάδα;		
Αν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
Στο εξωτερικό; (Το πεδίο να συμπληρώνεται μόνο εφόσον υπάρχει εργασία στο εξωτερικό)		
Αν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
2.1.2.ι (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγ/τος στη Δ/νση Τεχνικών Έργων της οικείας περιφέρειας ; Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ

2.1.2.ii (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγγέλματος στο ΤΕΕ (για τους μηχανικούς) ή στην ΕΕΤΕΜ (για τους υπομηχανικούς) ή στην Εργοληπτική οργάνωση (για τους ΕΔΕ); Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων <i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στο τ.ΕΤΑΑ (ΤΣΜΕΔΕ)</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.3 Έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό του χρόνου ασφάλισης (προσυνταξιοδοτική βεβαίωση) σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.4 Έχει εκδοθεί προσυνταξιοδοτική βεβαίωση του χρόνου ασφάλισης; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ

2.1.5. (*) Απουσιάσατε από τον τόπο των επαγγελματικών σας ασχολιών ; Εάν ΝΑΙ , από πότε μέχρι πότε, πού κατοικούσατε και για ποιο λόγο απουσιάσατε ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΠΟ-ΕΩΣ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ	
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>			
2.1.6 (*) Είχατε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ; Εάν ΝΑΙ , επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότησή σας από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>			
2.1.7 (*) Έχετε χρόνο στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ για τον οποίο οφείλετε ασφαλιστικές εισφορές και επιθυμείτε να τον αναγνωρίσετε ως χρόνο ασφάλισης στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης, καταβάλλοντας τις προβλεπόμενες από τον νόμο εισφορές αναγνώρισης; Αν θέλετε να αναγνωρίσετε το σύνολο ή μέρος αυτού του χρόνου συμπληρώστε ανάλογα Η δήλωση αυτή υποβάλλεται άπαξ πριν από τη συνταξιοδότησή σας.		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΡΟΣ
<i>(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ</i>			

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ / ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΧΡΟΝΟΙ			
Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε το κατάλληλο πεδίο:			
2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ		2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ		ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ*	
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ		Στρατολογικό Γραφείο:	
ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ		ΣΠΟΥΔΕΣ	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΗΧΑΝΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΒΑΣΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΝΑΝΠ-ΔΟΚΙΜΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ) Ν.1711/87 ΑΡΘ.2-ΠΑΡ.2 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)		ΜΑΘΗΤΕΙΑ	
		ΤΕΚΝΑ	
		ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ	
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	
		ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
* Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016 ** Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων		ΑΠΕΡΓΙΑ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ**	
		ΧΡΟΝΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΑΚΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	
		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΗΓΟΡΙΑΣ (Αφορά σε ασφ/νους τ. ΤΑΝ)	

	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΟΛΗΠΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΤΩΝ ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΕΒΕ – ΤΑΕ – ΤΣΑ	
	ΧΡΟΝΟΣ ΡΑΔ/ΤΗ Ν.3569/07 (Αφορά σε ασφ/νους τ.ΝΑΤ)	
2.2.3 Εάν εκκρεμεί αίτηση αναγνώρισης για τους ανωτέρω χρόνους σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο δημόσιο, συμπληρώστε τα ακόλουθα πεδία		
ΦΚΑ	Ημ. Αιτήματος Αναγνώρισης	Αρ. Πρωτοκόλλου
2.2.4 Έχετε αναγνωρίσει κάποιον από τους ανωτέρω χρόνους, σε ΦΚΑ που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ , σε ποιον/ποιους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΚΑ	Απόφαση Αναγνώρισης	Εξοφλήθηκε
		ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν εξοφλήθηκε, επιλέξτε τον τρόπο εξόφλησης: Γραμμάτιο/-α εξόφλησης Δόσεις Αριθμός δόσεων		

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ									
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος Ασφαλιστικού Φορέα Ελλάδας ή του Εξωτερικού, ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:									
ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
									/
									/
									/
3.2 Αν : α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον φορέα									Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο
β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα									Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
3.3 Δικαιούσθε κύρια σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο;									ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον φορέα:									
ΦΚΑ									
Α.									
Β.									
Γ.									
3.4 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο έχετε ασφαλιστεί για τον κλάδο ασθένειας (Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή από τον ασφαλισμένο. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)								ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ							
4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, δηλώστε ΟΧΙ.							
4.2 Πόσα έτη μόνιμης και νόμιμης διαμονής έχετε στην Ελλάδα;			ΕΤΗ 				
4.3 Έχετε οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές ; Οι οφειλότες ασφαλιστικών εισφορών να προσκομίζουν άμεσα τα δικαιολογητικά συνταξιοδότησης. Για αιτήσεις την τελευταία μέρα του μήνα η προσκόμιση , ει δυνατόν, να γίνεται αυθημερόν			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
Εάν ΝΑΙ , δηλώστε το Φορέα και το ποσό οφειλής			Φορέας				
			Ποσό οφειλής				
4.4 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
4.5.α Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στον ΕΦΚΑ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
4.5.β Ασφαλίζεστε ήδη προαιρετικά σε κάποιον φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ναι, συμπληρώστε τον φορέα			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
4.6 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
4.7 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας;			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα		Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ				
Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.		Χώρα	Χρονικό διάστημα				
			<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΝΑΙ	ΟΧΙ						
4.8 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);			<table border="1"> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				
4.9 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας μισθωτός οδηγός, αυτοκινητιστής, εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων και κατέχετε άδεια οδήγησης επαγγελματικής κατηγορίας που βρίσκεται σε ισχύ; ΠΡΟΣΟΧΗ: Όταν υποβάλλεται στον ΕΦΚΑ αίτηση συνταξιοδότησης λόγω γήρατος ή λόγω αναπηρίας η κατάθεση της άδειας οδήγησης επαγγελματικής κατηγορίας είναι υποχρεωτική και η ημερομηνία κατάθεσης ενδέχεται να επηρεάσει την ημερομηνία έναρξης καταβολής της σύνταξης.			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				
4.10 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου, επιλέξτε παραπλεύρως την απάντηση ΝΑΙ και ακολούθως συμπληρώστε στον πίνακα 5 τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				
4.11 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις*, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				
4.12 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				
4.13 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;			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				
4.14 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;			<table border="1"> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>				

* 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															
5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμο/σπουδάζοντα/άνικανα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή															
	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η		
ΟΝΟΜΑ/ΕΠΩΝΥΜΟ															
A.M.K.A.															
A.Φ.Μ.															
Δ.Ο.Υ.															
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ															
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Σε Διάσταση, Συμβίος/α)															
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ															
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ															
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΧΩΡΑ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ															
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ															
ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ)															
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ															
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ** (ολογράφως)															
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω;													ΝΑΙ	ΟΧΙ	
5.3 Λαμβάνετε την οικογενειακή παροχή συζύγου και τέκνου από άλλη πηγή;													ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Εάν ΝΑΙ , από ποιον φορέα;															
** 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 – ΑΙΤΗΜΑΤΑ
(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη εξ ιδίου δικαιώματος (λόγω γήρατος) με τις ευνοϊκότερες διατάξεις που ισχύουν στην περίπτωσή μου, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:

i. αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.

ii. λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό

iii. μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλίας μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), 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 καθώς και ότι θα πρέπει να υποβάλω όλα τα κατά περίπτωση αναγκαία δικαιολογητικά μέχρι την τελευταία (ημερολογιακή) ημέρα του έκτου (6^{ου}) μήνα που έπεται του μήνα υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης λόγω γήρατος, διαφορετικά, στην περίπτωση που παρέλθει άπρακτη αυτή η προθεσμία με υπαιτιότητά μου, η αίτηση συνταξιοδότησής μου λόγω γήρατος θα απορριφθεί.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....