



**ΕΝΩΣΗ
ΑΠΟΣΤΡΑΤΩΝ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
ΧΑΛΚΟΚΟΝΔΥΛΗ 5 Τ.Κ.10677 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: 2103802241-2103820271
FAX: 2103825393**

**ΟΔΗΓΙΕΣ – ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
ΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟΣΤΡΑΤΟΥ
ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΛΕΜΙΚΗΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΚΑΘΩΣ
ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ**

- 1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΕΑ & ΕΑΑΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**
- 2. ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ. ***
- 3. ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ.***
- 4. ΕΞΟΔΑ ΚΗΔΕΙΑΣ.**
- 5. ΒΟΗΘΗΜΑ ΠΕΝΘΟΥΣ.**
- 6. ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ.**
- 7. ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΕΑΑΑ.**

*** Οι ενέργειες 2 και 3 μπορούν να γίνουν ταυτόχρονα πρώτα η 2 και μετά η 3**

ΜΑΡΤΙΟΣ 2023.

1η. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΕΑ & ΕΑΑΑ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΠΟΣΤΡΑΤΟΥ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ενέργειες κατά Χρονική σειρά .

- 1. Ενημέρωση του ΓΕΑ και της ΕΑΑΑ για το θάνατο του απόστρατου αξιωματικού.**
 - Αν ο απόστρατος πεθάνει στο 251ΓΝΑ όλες τις ενέργειες για την ενημέρωση του ΓΕΑ και της ΕΑΑΑ τις αναλαμβάνει το 251ΓΝΑ.
 - Αν ο απόστρατος πεθάνει εκτός του ΓΝΑ την υποχρέωση ενημέρωσης του ΓΕΑ και της ΕΑΑΑ αναλαμβάνουν οι οικείοι του θανόντος ή οι φίλοι ως ακολούθως:
 - Αν ο απόστρατος πεθάνει τις ώρες και τις ημέρες που δεν είναι ανοικτά τα γραφεία τότε οι συγγενείς και οι φίλοι οφείλουν να ενημερώσουν το ΓΕΑ/Κέντρο Επιχειρήσεων στο τηλέφωνο 2106594801 / 2106428227 και την ΕΑΑΑ/Διευθύνων Σύμβουλο ή τη Γραμματεία αν ο θανών κατοικούσε στο νομό Αττικής ή το Πρόεδρο του οικείου παραρτήματος αν κατοικούσε εκτός Αττικής.
 - Αν ο απόστρατος πεθάνει τις ώρες και τις ημέρες που είναι ανοικτά τα γραφεία τότε οι συγγενείς και οι φίλοι οφείλουν να ενημερώσουν το ΓΕΑ/Β3 στο τηλέφωνο 2106592323 & 2106592324 και την ΕΑΑΑ/Διευθύνων Σύμβουλο ή τη Γραμματεία αν ο θανών κατοικούσε στο νομό Αττικής ή το Πρόεδρο του οικείου παραρτήματος αν κατοικούσε εκτός Αττικής.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

1. Αυτός που θα αναλάβει την υποχρέωση να ενημερώσει το ΓΕΑ και την ΕΑΑΑ για το θάνατο του αποστράτου Αξιωματικών θα πρέπει προηγουμένως να γνωρίζει την ημέρα και την ώρα και το νεκροταφείο που θα γίνει η κηδεία καθώς αν οι οικείοι του θανόντος επιθυμούν η ταφή του/της εκλιπόντος/ούσης να γίνει με τις προβλεπόμενες στρατιωτικές τιμές.
2. Για ταφή σύμφωνα με τις προβλεπόμενες στρατιωτικές τιμές απαιτείται:
 - Στρατιωτική στολή του βαθμού του (προαιρετικά)
 - Πηλίκιο (προαιρετικά)
 - Ξίφος
 - Μετάλλια
 - Παράσημα
 - Ενημέρωση Γραφείου Κηδειών
 - Ενημέρωση Ιερέα για επικήδειο
3. Στη περίπτωση που οι ανωτέρω λεπτομέρειες δεν έχουν καθορισθεί αυτός που θα αναλάβει την υποχρέωση να ενημερώσει το ΓΕΑ και την ΕΑΑΑ ενημερώνει για το θάνατο και δίδει στο ΓΕΑ και στην ΕΑΑΑ το τηλέφωνο των οικείων του θανόντος.
4. Τηλέφωνα ΕΑΑΑ :2103802241 & 2103820271

2η. ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ.

Για την διακοπή της σύνταξης του θανόντος αποστράτου πρέπει να κατατεθεί άμεσα στον ΕΦΚΑ η ληξιαρχική πράξη θανάτου. Στη περίπτωση που ο θανών δεν έχει συγγενείς με τη κατάθεση της ληξιαρχικής πράξης δεν απαιτούνται άλλες ενέργειες. Στη περίπτωση που θέλουν βεβαίωση για τα έξοδα κηδείας υποβάλουν στον ΕΦΚΑ την αίτηση που ακολουθεί στη επόμενη σελίδα.

Για τη συμπλήρωση της Αίτησης διακοπής Σύνταξης και χορήγησης πιστοποιητικού εξόδων κηδείας απαιτούνται:

- Να ξέρουμε τον αριθμό μητρώου σύνταξης για να τον γράψουμε στην αίτηση.
- Να έχουμε αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης Θανάτου για να την υποβάλουμε συνημμένη στην αίτηση.

ΤΟΝΙΖΕΤΑΙ

Ότι στην αίτηση αυτή ζητάμε ταυτόχρονα και τη χορήγηση πιστοποιητικού εξόδων κηδείας το οποίο θα χρειασθεί για την κατάθεση της αιτήσεως χορήγησης εξόδων κηδείας στο 251ΓΝΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Σε περίπτωση θανάτου ορφανικού μέλους που λάμβανε σύνταξη και μερίσμα έμμεσα από τον θανόντα ε.α. Αξιωματικό απαιτείται να ενημερωθούν άμεσα το ΓΛΚ με την κατάθεση της ληξιαρχικής πράξης θανάτου και το ΜΤΑ (μια απλή αίτηση) για τη διακοπή της χορήγησης σύνταξης και του μερίσματος. Η αίτηση προς το ΜΤΑ θα πρέπει να έχει ως συνημμένη τη ληξιαρχική πράξη θανάτου.

Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί η αίτηση διακοπής της σύνταξης και χορήγησης πιστοποιητικού εξόδων κηδείας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

Α Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝ. ΠΑΤΡ. ή ΣΥΖ.:

ΟΔΟΣ: ΑΡ.:

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ:

ΤΑΧΥΔΡ. ΚΩΔΙΚΑΣ:

ΤΗΛ/ΝΟ:

ΣΤΟΙΧ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

.....

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

.....

Α.Φ.Μ. :

Α.Μ.Κ.Α.

ΘΕΜΑ:

.....

Αθήνα

Συνημμένα:.....

Π Ρ Ο Σ

ΕΦΚΑ

Γενική Διεύθυνση Μισθών

και Συντάξεων

Διεύθυνση:

Τμήμα:

Φιλελλήνων 13-15, Τ.Κ 105 57,

Αθήνα

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την διακοπή καταβολής της σύνταξης τ.. αποβιώσ.....

.....

.....

με αριθμό Μητρώου.....

και τη χορήγηση πιστοποιητικού

συνταξιοδοτικής κατάστασης προκειμένου

να το χρησιμοποιήσω για τα έσοδα

κηδείας.

Συνημμένα υποβάλω ληξιαρχική πράξη θανάτου

..... Αιτ.....

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: | Κατά περίπτωση συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο ή εξουσιοδότηση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής του/της αιτούντος/σας από Δημόσια Αρχή (άρθρα 22 παρ. 22 & 50 παρ. 7 του Π.Δ. 169/2007 όπως ισχύουν μετά τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 1 του Ν. 4002/2011 ΦΕΚ 180/Α/2011). | | |

3^η. ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι αιτήσεις αυτές υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον ΕΦΚΑ και θεωρείται ως Υπεύθυνη δήλωσης. Αναλυτικές οδηγίες υποβολής της αίτησης παρέχονται από τον ΕΦΚΑ στο: <https://www.efka.gov.gr/sites/default/files/2020-04/odigies-xrasis-aitisis-metavivasis-thanatou.pdf>

Για την βοήθεια σας η αίτηση που θα συμπληρώσετε ηλεκτρονικά στο <https://apps.ika.gr/eAccess/login.xhtml> φαίνεται στις επόμενες σελίδες



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

**ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ**

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

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

| 1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | | | | |
|---|-------------|----------------------------|-------------------------------------|---|
| 1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /ΣΑΣ | | | | |
| Α.Μ.Κ.Α. | | Α.Φ.Μ. | | Δ.Ο.Υ. |
| ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/- ΟΥΣΑ |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ | ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ | ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email) | ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |
| 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 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ | | | | |
|---|-----------|--------------|--------------------------------------|-----------------------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ |
| | | | | |
| Α.Μ.Κ.Α. | Α.Φ.Μ. | Δ.Ο.Υ. | | ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
| | | | | |
| Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ | ΜΕΘ (ΝΑΤ) | ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ) | Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού | |
| | | | Χώρα | Αριθμός(οί) Ασφάλισης |
| | | | | |

| 1.3 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ | | | | |
|--|--------------|-----------------|--------|-----|
| <p>Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.</p> <p>ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.</p> | | | | |
| ΑΜΚΑ | Α.Φ.Μ. | ΔΟΥ | | |
| | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | | |
| | | | | |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ | ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ | ΑΡΙΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ | | |
| | | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | | | | FAX |
| (ΟΔΟΣ) | (ΑΡΙΘΜΟΣ) | (Τ.Κ.) | (ΠΟΛΗ) | |

| 2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/ΟΥΣΑΣ | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-----|------------------|------------|---|-----|
| (Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου) | | | | | | | | |
| <p>2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισης Ελλάδας και εξωτερικού του θανόντα/ούσας)</p> <p>Σημείωση: Με την πληροφορία ότι εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό Φορέα εξωτερικού για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισης του/της θανόντος/ούσης στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)</p> | | | | | | | | |
| ΧΩΡΑ | ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ | Αριθμός Μητρώου Φορέα | ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα) | | ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ | ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (επλέξετε) | |
| | | | ΑΠΟ | ΕΩΣ | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 1. ΕΛΛΑΔΑ | π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | | | | | | | | |

| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΑΥ-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | | | |
|--|-----|-----|-----------------|
| Αναφέρεται τις υπηρεσίες του/της θανόντος/ούσας που αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο: | | | |
| Όνομα πλοίου | ΑΠΟ | ΕΩΣ | ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ) |
| Α. | | | |
| Β. | | | |
| Γ. | | | |
| Δ. | | | |

| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ | | | | |
|--|---------------|------------------------|------------|---------------------------------|
| Εάν ο θανών/ούσα ήταν ασφαλισμένος/η στο ΤΣΜΕΔΕ, θα πρέπει να δηλωθεί η περίοδος που εργάστηκε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/σης του εργοδότη | | | | |
| Επωνυμία Εργοδότη | Δ/ση Εργοδότη | ΑΠΟ | ΕΩΣ | Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος |
| Α. | | | | |
| Β. | | | | |
| Γ. | | | | |
| Δ. | | | | |
| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΣΜΕΔΕ | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Πολιτικός Μηχανικός | | | | |
| Αρχιτέκτων | | | | |
| Μηχανολόγος Μηχανικός | | | | |
| Ηλεκτρολόγος Μηχανικός | | | | |
| Τοπογράφος | | | | |
| Ναυπηγός | | | | |
| Χημικός Μηχανικός | | | | |
| Μεταλλειολόγος | | | | |
| Μεταλλουργός | | | | |
| Πολ. Υπομ/κός | | | | |
| Εργολάβος Δ.Ε | | | | |
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων) | | | | |
| Είχε ο/η θανών/ούσα 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 | | |
| Α. | | | | |
| Β. | | | | |
| Γ. | | | | |

| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ | | |
|--|---|------------|
| Κατά την ημερομηνία του θανάτου υπήρχε ενεργός ασφαλιστικός δεσμός; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΟΧΙ , πότε είχε διακόψει ο θανών την άσκηση του επαγγέλματος; | Ημ/νία Διακοπής Άσκησης Επαγγέλματος | |
| | | |

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| Ποια η τύχη της επιχείρησης μετά το θάνατο του ασφαλισμένου; Διαλύθηκε ή συνεχίζεται; | ΔΙΑΛΥΘΗΚΕ | ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ |
| | | |
| Αν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ) | ΑΜΚΑ | |
| | | |
| Είχε ο/η θανών/ούσα ατομική επιχείρηση ή μετείχε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής; Αν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον/τους ΑΦΜ των εταιρειών: | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ | | |
| Α. | | |
| Β. | | |
| Γ. | | |

| | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ | | |
| Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόταν ο/η θανών/ούσα: | | |
| | | |
| Ο συντάξιμος χρόνος του/της θανόντος/ούσας που θα υπολογισθεί για τη σύνταξη, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα: | | |
| Ο/η θανών/ούσα πήρε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση; | | |
| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Φορέα: | | |
| Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Φορέα: | | |
| Σε περίπτωση που εργάζεστε στον Δημόσιο Τομέα επιθυμείτε την αναστολή καταβολής του μεριδίου της σύνταξής σας; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Είχε πραγματοποιήσει ο/η θανών/ούσα συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , δηλώστε το Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης | | |
| 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 | | <input type="checkbox"/> |
| β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει; | | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|------------|------------|
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ | | |
| Για τον υπολογισμό της σύνταξης επιθυμώ να ληφθεί υπ' όψιν η εξής διατί | ΑΠΟ | ΕΩΣ |
| | | |

| | | |
|---|------------------------|-----------------------|
| ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου) | | |
| 2.1.1 Αν έχει υποβληθεί αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| 2.1.2 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης; | | |
| 2.1.3 (*) Απουσίασε ο/η θανών/ούσα από τον τόπο των επαγγελματικών του/της ασχολιών; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , από πότε μέχρι πότε, που κατοικούσε και για ποιο λόγο απουσίασε ; | | |
| ΑΠΟ-ΕΩΣ | ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ |
| | | |
| (*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ | | |
| 2.1.4 (*) Ο/η θανών/ούσα είχε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότηση από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| (*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| 2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ (Συμπληρώνεται μόνο σε θάνατο ασφαλισμένου) | | |
| 2.2.1 Επιθυμείτε την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας του θανόντα με καταβολή εισφορών; (Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| Εάν ΝΑΙ , γράψτε το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο: | | |
| Στην περίπτωση που έχει αναγνωριστεί ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του θανόντα, γράψτε τα στοιχεία της Απόφασης και το Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα: | | |
| ΣΗΜ.: Η αναγνώριση αξιοποιείται για τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης μόνο μετά τη συμπλήρωση του 60ου έτους του επιζώντος συζύγου ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου. | | |
| | Φορέας | Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ |
| | | |
| 2.2.2 Εκκρεμεί αίτημα αναγνώρισης για τον ανωτέρω χρόνο (2.2.1), σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ , σε ποιον/ποιους; | | |
| ΦΚΑ | Ημ. Αιτήματος Αναγνώρισης | Αρ. Πρωτοκόλλου |
| Α. | | |
| Β. | | |
| Γ. | | |
| 2.2.3 Αν ο θανών/ούσα ήταν ασφαλισμένος του τ.ΕΤΑΑ-ΤΑΝ, επιθυμείτε αναγνώριση: | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| - Χρόνου άσκησης; | | |
| - Χρόνου Δημόσιας Υπηρεσίας; | | |
| Σε περίπτωση που έχει αναγνωριστεί ο χρόνος άσκησης ή Δημ. Υπηρεσίας, γράψτε τα στοιχεία της Απόφασης | Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης αναγνώρισης άσκησης | |
| | | |
| | Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης αναγνώρισης Δημ. Υπηρεσίας | |
| | | |

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ

3.1 Εφόσον ο θανών/η θανούσα ήταν συνταξιούχος ασφαλιστικού φορέα Ελλάδος ή εξωτερικού ή εκκρεμεί η έκδοση απόφασης, 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) ο/η θανών/ούσα είχε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε το Φορέα | | | | | | | | | Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο | |
| β) έλαβε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, συμπληρώστε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα | | | | | | | | | Φ.Κ.Α / Δημόσιο | Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ |
| 3.3 Ο/η θανών/ούσα είχε δικαίωμα κύριας σύνταξης από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο; | | | | | | | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε το Φορέα: | | | | | | | | | | |
| ΦΚΑ | | | | | | | | | | |
| A. | | | | | | | | | | |
| B. | | | | | | | | | | |
| Γ. | | | | | | | | | | |

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

| ΧΩΡΑ | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ | ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | | | | ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ; | | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------|-----------|---------|------------|-----------------------|-----|----------------------------------|------------------|
| | | | ΓΗΡΑΤΟΣ | ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | ΘΑΝΑΤΟΥ | ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | |
| | | | | | | | | | / | |
| | | | | | | | | | / | |
| | | | | | | | | | / | |
| 4.3 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 |

| | | |
|---|---|------------|
| 4.4 Υπάρχει οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τον Φορέα και το ποσό οφειλής | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | |
| | Ποσό οφειλής | |
| 4.5 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4.6 Εργαζόταν ο/η θανάων/ούσα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ , δηλώστε τη χώρα και τον φορέα εργασίας | ΧΩΡΑ | |
| | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | |
| Εάν ΟΧΙ , δηλώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας; | | |
| 4.7 Είχε επιδοτηθεί ο θανάων/-ούσα ασφαλισμένος/-η λόγω ασθένειας ή ανεργίας; Εάν ΝΑΙ , γράψτε το Ταμείο/Φορέα. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ , γράψτε το Ταμείο/Φορέα. | Ταμείο/Φορέας | |
| Αν επιδοτήθηκε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα. | ΧΩΡΑ | |
| | ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ | |
| 4.8 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο ο/η θανάων/-ούσα ήταν ασφαλισμένος/-η για τον κλάδο ασθένειας. (Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική) | ΧΩΡΑ | |
| | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | |
| 4.9 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα/βίαιο συμβάν, έχει υποβληθεί δήλωση ατυχήματος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε τον Ασφαλιστικό Φορέα όπου υποβλήθηκε η δήλωση. | Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο | |
| 4.10 Ο θάνατος οφείλεται σε τρομοκρατική ενέργεια; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4.11 Βρίσκεστε εσείς ή κάποιος από τους υπόλοιπους δικαιούχους σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5.1. | | |
| 4.12 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; Εάν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5 | | |
| 4.13 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; | | |

| | | |
|---|--|-----|
| 4.4 Υπάρχει οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ, δηλώστε τον Φορέα και το ποσό οφειλής | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ Ποσό οφειλής | |
| 4.5 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4.6 Εργαζόταν ο/η θανών/ούσα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ, δηλώστε τη χώρα και τον φορέα εργασίας | ΧΩΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | |
| Εάν ΟΧΙ, δηλώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας: | | |
| 4.7 Είχε επιδοτηθεί ο θανών/-ούσα ασφαλισμένος/-η λόγω ασθένειας ή ανεργίας; Εάν ΝΑΙ, γράψτε το Ταμείο/Φορέα. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Αν επιδοτήθηκε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα. | Ταμείο/Φορέας ΧΩΡΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ | |
| 4.8 Συμπληρώστε τον φορέα στον οποίο ο/η θανών/-ούσα ήταν ασφαλισμένος/-η για τον κλάδο ασθένειας. (Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική) | ΧΩΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | |
| 4.9 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα/βίαιο συμβάν, έχει υποβληθεί δήλωση ατυχήματος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Ασφαλιστικό Φορέα όπου υποβλήθηκε η δήλωση. | Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο | |
| 4.10 Ο θάνατος οφείλεται σε τρομοκρατική ενέργεια; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4.11 Βρίσκεστε εσείς ή κάποιος από τους υπόλοιπους δικαιούχους σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση; Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5.1. | | |
| 4.12 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; Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5 | | |
| 4.13 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; | | |

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για χήρο/α, πρώην σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμα/σπουδάζοντα/ανίκανα τέκνα

| ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΧΗΡΟΣ/Α | ΣΥΜΒΙΟΣ/Α | Α΄ ΠΑΙΔΙ | | Β΄ ΠΑΙΔΙ | | Γ΄ ΠΑΙΔΙ | | Δ΄ ΠΑΙΔΙ | | ΠΡΩΗΝ ΣΥΖΥΓΟΣ | ΓΟΝΕΑΣ ΑΔΕΡΦΟΣ-Η ΠΡΟΓΟΝΟΣ-Η ΕΓΓΟΝΟΣ-Η (Διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει) | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---|---------------|-----|
| | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | | | |
| Α.Μ.Κ.Α. | | | | | | | | | | | | | | |
| Α.Φ.Μ. | | | | | | | | | | | | | | |
| Δ.Ο.Υ. | | | | | | | | | | | | | | |
| ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ ή δημοσίου | | | | | | | | | | | | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | .../.../..... | |
| ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΛΕΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΑΝΑΠΗΡΙΑ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΠΑΡΑΠΑΛΗΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΛΕΥΚΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ | | | | | | | | | | | | | | |
| ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ/ΚΕΚ/ΣΕΚ* | | | | | | | | | | | | | | |
| ΑΓΑΜΟΣ/Η ΕΓΓΑΜΟΣ/Η | | | | | | | | | | | | | | |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ | | | | | | | | | | | | | | |

* 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 λόγω θανάτου 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 προσώπων του πίνακα 5 για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, εργασία, 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.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Το παρακάτω έγγραφο υποβάλλεται στον Ε.Φ.Κ.Α. μετά τη συμπλήρωση του 3^{ου} έτους του θανούντος/θανούσης.

Διεύθυνση Ε.Φ.Κ.Α. : Φιλελλήνων 13-15 Αθήνα Τ.Κ 105 59

A.M :
Ον/μο :
Δ/ση :
ΑΔΤ :
Α.Φ.Μ :
ΑΜΚΑ :

ΠΡΟΣ :
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ
Δ/ΝΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ
ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ
ΤΜΗΜΑ :
Ταχ. Δ/ση : Κάννιγγος 29
10110 Αθήνα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΖΩΝΤΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι **εξακολουθώ να παραμένω χήρα/ος**

(Να συμπληρωθούν και οι 2 ομάδες ερωτήσεων)

ΟΜΑΔΑ 1

- Δεν εργάζομαι, δεν ασκώ ελεύθερο επάγγελμα, δεν μετέχω σε εταιρεία
- Εργάζομαι ως μισθωτός από στην επιχείρηση
- Ασκώ ελεύθερο επάγγελμα του από
- Συμμετέχω σε εταιρεία από με την ιδιότητα του

ΟΜΑΔΑ 2

Λαμβάνω και άλλη κύρια σύνταξη :

- από το Δημόσιο ΌΧΙ ΝΑΙ
- από άλλο ασφαλιστικό Ταμείο ΌΧΙ ΝΑΙ

Σε καταφατική περίπτωση, επιλέγω να μειωθεί

- η σύνταξη Δημοσίου (*) με Α.Μ
- η σύνταξη του άλλου Ταμείου (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ η υποβολή βεβαίωσης από το Ταμείο)

Ημερομηνία :

Ο-Η Δηλ

(υπογραφή)

Η παρούσα δήλωση πρέπει να επιστραφεί στην Υπηρεσία Συντάξεων του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, το αργότερο σε 20 ημέρες από την παραλαβή της, αλλιώς η σύνταξη σας θα μειωθεί σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

(*) εφόσον αυτή δεν καταβάλλεται μειωμένη κατά 75% (παρ.9 αρ.4 ν.3620/2007) ούτε πρόκειται για πολεμική σύνταξη ή σύνταξη παθόντος στην υπηρεσία λόγω αυξημένου κινδύνου (ν.1977/1991) ή σύνταξη λόγω τρομοκρατικής ενέργειας (ν.1897/1990).

4^η. ΕΞΟΔΑ ΚΗΔΕΙΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:

- α) Η χήρα / ο χήρος σύζυγος
- β) Τα τέκνα (έγγαμα ή άγαμα)
- γ) Γενικά οι κληρονόμοι του/της θανόντος/ούσης.

Σε περίπτωση θανάτου συνταξιούχου του ΕΦΚΑ, ο επιμεληθείς για την τελετή (κηδείας-ταφής ή αποτέφρωσης) υποβάλλει εδώ ηλεκτρονικά την αίτηση αποζημίωσης για έξοδα κηδείας. Είναι αναγκαίο να έχει ήδη εκδοθεί, από την επιχείρηση που ανέλαβε την τελετή, το παραστατικό για τις δαπάνες με τα στοιχεία σας (ΑΦΜ). Μέχρι στιγμής, η υπηρεσία αφορά μόνο τις περιπτώσεις που ο θανών είναι συνταξιούχος.

Θα χρειαστείτε:

- Τους προσωπικούς σας κωδικούς πρόσβασης στο Taxisnet.
- Τον ΑΜΚΑ του θανόντος .
- Τον ΑΦΜ σας.
- Έναν έγκυρο και ενεργό αριθμό τραπεζικού λογαριασμού (IBAN) στον οποίο είστε δικαιούχος ή συνδικαιούχος.

Επισημαίνεται ότι πρέπει η επιχείρηση, που ανέλαβε την τελετή, να έχει καταχωρίσει ηλεκτρονικά το παραστατικό, χρησιμοποιώντας την εφαρμογή του e-ΕΦΚΑ «Παραστατικά Εξόδων Κηδείας» στο <https://apps.ika.gr/eAccess/login.xhtml>.

Θα χρειαστούν:

- Τους κωδικούς πρόσβασης της επιχείρησής σας στο Taxisnet .
- Τον ΑΜΚΑ και τον ΑΦΜ του θανόντος .
- Τον ΑΦΜ του δικαιούχου .
- Τα στοιχεία του παραστατικού που εκδόθηκε για την κηδεία-ταφή ή αποτέφρωση.
- Το παραστατικό σε ηλεκτρονική μορφή, προαιρετικά

Οδηγίες για την συμπλήρωση της αίτησης χορήγησης εξόδων κηδείας από ΕΦΚΑ στο: https://www.efka.gov.gr/sites/default/files/2020-07/odigies-xrasis_eparoxes1.pdf

Για την συμπλήρωση της ηλεκτρονική υποβολή της αίτησης εξόδων κηδείας στο : <https://apps.ika.gr/eAccess/login.xhtml>

Στη περίπτωση που πάρετε αρνητική απάντηση από τον ΕΦΚΑ τότε θα απευθυνθείτε στο 251ΓΝΑ.

ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ.

Οι διαμένοντες στο λεκανοπέδιο της Αττικής κατατεθούν ιδιόχειρα στο 251 ΓΝΑ τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και το ποσόν κατατίθεται στο τραπεζικό λογαριασμό του δικαιούχου..

Οι διαμένοντες εκτός λεκανοπεδίου Αττικής τα καταθέτουν στη πλησιέστερη Μονάδα της ΠΑ που έχει ανεξάρτητη Διαχείριση Χρηματικού.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

- Την αίτηση στο 251ΓΝΑ ή προς την μονάδα που έχει ανεξάρτητη Διαχείριση Χρηματικού θα πρέπει κάνει ΜΟΝΟ αυτός που αναφέρεται στο τιμολόγιο εξόδων κηδείας Σε αντίθετη περίπτωση χρειάζεται εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο για την είσπραξη των χρημάτων από άλλο άτομο.
- Έχει καθιερωθεί τα το ίδιο ποσό για όλους ανεξαρτήτως βαθμού. Ακαθάριστο ποσό 733.60€. Μείον κρατήσεις 8.80€. Πληρωτέο 724.88€

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είναι:

1. Αίτηση του δικαιούχου προς το 251 Γ.Ν.Α. ή προς την μονάδα που έχει ανεξάρτητη Διαχείριση Χρηματικού.
2. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου από τον Δήμο.
3. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης, προκειμένου να εμφανίζονται κατά σειρά οι δικαιούχοι του επιδόματος (Σύζυγος, τέκνα κλπ). Από τον Δήμο.
4. Πρωτότυπο τιμολόγιο εξόδων κηδείας, όπου αναγράφεται το όνομα του θανόντος και το όνομα του καταβάλλοντος τα έξοδα (δικαιούχος). Από το Γραφείο Τελετών και επικυρωμένο από το ίδιο το Γραφείο Τελετών.
5. Πιστοποιητικό από Γ.Λ.Κ., κατόπιν αιτήσεως όπου έγινε η διακοπή της σύνταξης, με την ένδειξη : “ Το παρόν εκδίδεται για λήψη εξόδων κηδείας ”, στο οποίο να φαίνεται ο βαθμός συνταξιοδότησεως, το χρονοεπίδομα και αν υπάρχει ανικανότητα.
6. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599 ότι ο θανών δεν ήταν ασφαλισμένος σε άλλον φορέα, πλην του Δημοσίου από όπου και μόνον θα εισπράξω τα έξοδα κηδείας, τα οποία και κατέλαβα εγώ η ίδια, σύμφωνα με το τιμολόγιο που σας επισυνάπτω.

7. Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου Καταθέσεων που να φαίνεται ο λογαριασμός και το IBAN του λογαριασμού ΚΑΙ θα αναγράφεται ως πρώτο όνομα του δικαιούχου.
8. Εκκαθαριστικό δήλωσης εισοδήματος ή φορολογική ενημερότητα

Αρμόδιο Γραφείο: Δ/ση Οικονομικών Υπηρεσιών 251 ΓΝΑ
τηλ. 210- 7464162

Στις επόμενες σελίδες ακολουθεί ή αίτηση για τα έξοδα κηδείας καθώς και η υπεύθυνη δήλωση.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Τα έξοδα κηδείας χορηγούνται για το θάνατο ε.α. Αξιωματικού (άμεσα ασφαλισμένο) και όχι για το θάνατο των εμμέσως ασφαλισμένων (χήρες- χήροι και παιδιά ΑΜΕΑ).

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑ
Δνση Οικονομικού/Γρ.5
Λεωφ. Κανελλοπούλου Π.3, Γουδί

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΣΤΟΙΧ.ΤΑΥΤ:

.....

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ:.....ΑΡ:.....

ΠΟΛΗ:.....

ΑΡ.ΤΗΛ.:.....

.....

ΘΕΜΑ: Αίτηση Είσπραξης

Εξόδων Κηδείας Αποβιώσαντος

Συνταξιούχου Στρατιωτικού

Αθήνα,/...../20.....

Συνημ.:Φ()

1. Σας υποβάλλω πρωτότυπα δικ/κά
εξόδων κηδείας του/της θανόντος/ούσης
συζύγου πατρός/μητρός μου.....

.....

όπως παρακάτω:

- α. Ληξιαρχική Πράξη Θανόντων.
- β. Πιστοποιητικό Πλησιέστερων Συγγενών.
- γ. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών
Γραφείου Τελετών (πρωτότυπο. δ
- δ. Βεβαίωση Διακοπής Σύνταξης από
Γ.Λ.Κ.
- ε. Υπεύθυνη Δήλωση μη λήψης Εξόδων
Κηδείας από άλλο φορέα του Δημοσίου.
- στ. Φωτοαντίγραφο 1^{ης} σελίδας βιβλιαρίου
τραπέζης δικαιούχου.
- ζ. Φορολογική Ενημερότητα ή Φ/πία
Εκκαθαριστικού Σημειώματος του
Δικαιούχου.

Ο Αιτών / Η Αιτούσα

.....
(Υπογραφή)

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⁾ : | 251 ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ | | | | | | | | |
| 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 (E-mail): | | | | | |

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: **ότι ο θανών δεν ήταν ασφαλισμένος σε άλλον φορέα, πλην του Δημοσίου από όπου και μόνον θα εισπράξω τα έξοδα κηδείας, τα οποία και κατέλαβα εγώ η/ο ίδια/ος, σύμφωνα με το τιμολόγιο που σας επισυνάπτω.**

Ημερομηνία: ... /.../ 20...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

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

5^η ΒΟΗΘΗΜΑ ΠΕΝΘΟΥΣ

Το Βοήθημα αυτό χορηγείται στο πρώτο πρόσωπο της χηρεύουσας οικογένειας του κυρίως ασφαλισμένου θανόντος μερισματούχου, που δικαιούται να τον διαδεχθεί και να συνεχίσει τη λήψη του μερίσματός του, για την αντιμετώπιση των εξόδων πένθους. Δεν χορηγείται σε περίπτωση θανάτου εν ενεργεία στρατιωτικού – μετόχου του Ταμείου.

Το ποσό του βοηθήματος ανέρχεται σε δέκα (10) άρθια μηνιαία μερίσματα του βαθμού του οποίου το μέρισμα ελάμβανε ο θανών μερισματούχος, εκτός αν ελάμβανε προσαυξημένο άρθιο μέρισμα οπότε και το βοήθημα τούτο προσαυξάνεται αναλόγως.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει πρόσωπο της οικογένειας του θανόντος, το οποίο θα τον διαδεχθεί στο μέρισμα, χορηγούνται από το Ταμείο έξοδα κηδείας, στο πρόσωπο που έχει επιληφθεί της κηδείας του μερισματούχου, εντός όμως του ύψους του αναλογούντος βοηθήματος πένθους.

Το δικαίωμα για τη λήψη του παραπάνω Βοηθήματος παραγράφεται, αν δεν υποβληθεί σχετική αίτηση εντός τριμήνου από την ημερομηνία θανάτου του κυρίως ασφαλισμένου μερισματούχου.

Δικαιολογητικά

Σε περίπτωση αποστολής αιτήσεων και δικαιολογητικών στο ΜΤΑ μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), τα έγγραφα πρέπει απαραίτητως να έχουν σκαναριστεί με σαρωτή εγγράφων (scanner) και αποθηκευτεί ως αρχεία pdf. Έγγραφα που παράγονται με τη χρήση φωτογραφικής μηχανής, κινητού τηλεφώνου, tablet κλπ, δεν γίνονται δεκτά.

***ΠΡΟΣΟΧΗ!** Δικαιολογητικά όπως αποδεικτικά φορολογικής ενημερότητας που δεν εκδίδονται ηλεκτρονικά (ΤΑΧΙΣΝΕΤ), αλλά μόνο από τις οικείες ΔΟΥ, έγγραφα στα οποία η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής έχει γίνει μέσω ΚΕΠ ή Αστυνομίας και επικυρωμένα ακριβή αντίγραφα τιμολογίων εξόδων κηδείας, υποβάλλονται μόνον ως πρωτότυπα, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω του φυσικού Ταχυδρομείου.

- Αίτηση χορήγησης βοηθήματος πένθους
- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου του ασφαλισμένου μερισματούχου Πιστοποιητικό Πλησιεστέρων Συγγενών του θανόντος
- Φορολογική ενημερότητα του/της δικαιούχου με την ένδειξη «γιαείσπραξη χρημάτων από φορείς του Δημοσίου Τομέα (πλην Κεντρικής Διοίκησης).
- Φωτοτυπία Τραπεζικού Λογαριασμού ή άλλο επίσημο έγγραφο στο οποίο αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο αριθμός IBAN του/της δικαιούχου.
- Υπεύθυνη Δήλωση συμψηφισμού επιστρεπτών μερισμάτων με το Βοήθημα Πένθους

Όλα τα ανωτέρω τα στέλνουμε με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση:

Προς

Μ.Τ.Α. Διεύθυνση Παροχών-βοηθήματος

Ακαδημίας 27 – Τ.Κ. 10671

Αθήνα

Για οποιαδήποτε πληροφορία ή απορία στο Τηλ: 2103675276,7,8,9

Στις επόμενες σελίδες ακολουθούν η αίτηση χορήγησης βοηθήματος πένθους , η υπεύθυνη δήλωση και η αίτηση χορήγησης εξόδων κηδείας.

ΠΡΟΣΟΧΗ

ΤΟ βοήθημα πένθους χορηγείται για το θάνατο ε.α. Αξιωματικού (άμεσα ασφαλισμένο) και όχι για το θάνατο των εμμέσως ασφαλισμένων (χήρες- χήροι και παιδιά ΑΜΕΑ).

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΠΕΝΘΟΥΣ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
Ακαδημίας 27 - 106 71 - Αθήνα

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:
Α.Δ.Τ.:
Α.Μ.Κ.Α.:
Α.Φ.Μ.:
Δ.Ο.Υ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ: ΑΡ.:
ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:
ΑΡ. ΤΗΛ.:

ΘΕΜΑ: Χορήγηση Βοηθήματος Πένθους

..... / / 20...
(τόπος)

Επισήμανση:

Από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που αναφέρονται παραπλεύρως, η ληξιαρχική πράξη θανάτου (δικαιολογητικό με στοιχείο α.) μπορεί να αναζητηθεί αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία μας, με βάση τις διατάξεις του Ν.3242/2004. Για το λόγο αυτό παρακαλούμε για τη συμπλήρωση των παρακάτω στοιχείων:

Ληξιαρχείο στο οποίο έχει δηλωθεί ο θάνατος :

Η Δήλωση περί Απορρήτου και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΜΤΑ είναι διαθέσιμη στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://mta.haf.aerionavt.gr/online/> καθώς και στις Υπηρεσίες του Ταμείου.

1. Σας παρακαλώ να ενεργήσετε για να μου χορηγηθεί το προβλεπόμενο Βοήθημα Πένθους, λόγω θανάτου του/της συζύγου μου / πατρός μου / μητρός μου* :

Όνοματεπώνυμο:

Βαθμός: ε.α.

Αρ. μητρώου:

που απεβίωσε την/...../20...

2. Σας δηλώνω υπεύθυνα ότι θα δικαιωθώ και θα εισπράττω τη στρατιωτική σύνταξη του/της θανόντος/θανούσης συζύγου μου /πατρός μου/ μητρός μου*, από τον Ε.Φ.Κ.Α.

3. Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:

α. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου.

β. Πιστοποιητικό Πλησιεστέρων Συγγενών του θανόντος /της θανούσης*.

γ. Φορολογική ενημερότητα στο όνομά μου («για είσπραξη χρημάτων από φορείς του Δημοσίου τομέα πλην Κεντρικής Διοίκησης»).

δ. Φωτοτυπία τραπεζικού μου λογαριασμού με αρ. IBAN

4. Συγκατατίθεμαι για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς της παρούσας αίτησης.

* διαγράφεται αναλόγως

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ – Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΔΗΛΟΥΣΑ

.....
(Υπογραφή)

Έξοδα Κηδείας

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει πρόσωπο της οικογένειας του θανόντος, το οποίο δικαιούται εκ μεταβιβάσεως τη στρατιωτική σύνταξη αυτού και κατά συνέπεια να τον διαδεχθεί και στο μέρισμα, χορηγούνται από το Ταμείο έξοδα κηδείας, στο πρόσωπο που έχει επιληφθεί της κηδείας του μερισματούχου, εντός όμως του ύψους του αναλογούντος βοηθήματος πένθους.

Το δικαίωμα για τη λήψη των εξόδων κηδείας παραγράφεται, αν δεν υποβληθεί σχετική αίτηση εντός τριμήνου από την ημερομηνία θανάτου του κυρίως ασφαλισμένου μερισματούχου.

Δικαιολογητικά

Σε περίπτωση αποστολής αιτήσεων και δικαιολογητικών στο ΜΤΑ μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), τα έγγραφα πρέπει απαραίτητως να έχουν σκαναριστεί με σαρωτή εγγράφων (scanner) και αποθηκευτεί ως αρχεία pdf. Έγγραφα που παράγονται με τη χρήση φωτογραφικής μηχανής, κινητού τηλεφώνου, tablet κλπ, δεν γίνονται δεκτά.

***ΠΡΟΣΟΧΗ!** Δικαιολογητικά όπως αποδεικτικά φορολογικής ενημερότητας που δεν εκδίδονται ηλεκτρονικά (TAXISNET), αλλά μόνο από τις οικείες ΔΟΥ, έγγραφα στα οποία η θεώρηση του γνησίου της υπογραφής έχει γίνει μέσω ΚΕΠ ή Αστυνομίας και επικυρωμένα ακριβή αντίγραφα τιμολογίων εξόδων κηδείας, υποβάλλονται μόνον ως πρωτότυπα, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω του φυσικού Ταχυδρομείου.

- Αίτηση χορήγησης εξόδων κηδείας.
- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου του κυρίως ασφαλισμένου.
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών του θανόντος κυρίως ασφαλισμένου.
- Απόφαση πληρωμής εξόδων κηδείας από τον e – Ε.Φ.Κ.Α.
- Επικυρωμένο από το Γραφείο Τελετών φωτοαντίγραφο του τιμολογίου των εξόδων κηδείας **(το πρωτότυπο το κρατάτε στο αρχείο σας επί τριετία, σε περίπτωση ελέγχου).**
- Φωτοτυπία Τραπεζικού Λογαριασμού ή άλλο επίσημο έγγραφο στο οποίο αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο αριθμός IBAN του δικαιούχου.

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
Ακαδημίας 27 - 108 71 - Αθήνα

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
Α.Δ.Τ.:
Α.Μ.Κ.Α.:
Α.Φ.Μ.:
Δ.Ο.Υ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΟΔΟΣ: ΑΡ.:
ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:
ΑΡ. ΤΗΛ.:

1. Σας παρακαλώ να ενεργήσετε για να μου καταβληθούν τα προβλεπόμενα Έξοδα Κηδείας, λόγω θανάτου του/της* :

Όνοματεπώνυμο:
Βαθμός: ε.α.
Αριθμ. μητρώου:
που απεβίωσε την/...../20...

2. Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:

α. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου.
β. Πιστοποιητικό Πλησιεστέρων Συγγενών του θανόντος/της θανούσης*.
γ. Βεβαίωση καταβολής εξόδων κηδείας από το 251 Γ.Ν.Α.
δ. Τιμολόγιο εξόδων κηδείας (επικυρωμένο φωτοαντίγραφο).
ε. Φωτοτυπία τραπεζικού μου λογαριασμού λογαριασμό με αρ. IBAN:

3. Συγκατατίθεμαι για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς της παρούσας αίτησης.

* διαγράφεται αναλόγως

ΘΕΜΑ: Χορήγηση Εξόδων Κηδείας

..... / / 20...
(τόπος)

Επισήμανση:

Από τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που αναφέρονται παραπάνω, η ληξιαρχική πράξη θανάτου (δικαιολογητικό με στοιχείο α.) μπορεί να αναζητηθεί αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία μας με βάση τις διατάξεις του Ν.3242/2004. Για το λόγο αυτό παρακαλούμε για τη συμπλήρωση των παρακάτω στοιχείων:

Ληξιαρχείο στο οποίο έχει δηλωθεί ο θάνατος :

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....
(Υπογραφή)

Η Δήλωση περί Απορρήτου και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΜΤΑ είναι διαθέσιμη στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://mta.haf.gr/privacy-policy/> καθώς και στις Υπηρεσίες του Ταμείου.

6^η. ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Εκτός από την αίτηση πρέπει να συμπληρώσουμε τη συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση και το συνημμένο Απογραφικό Δελτίο με μεγάλη προσοχή για να εξασφαλισθεί η καταβολή του μερίσματος σας χωρίς προβλήματα. Συνημμένο στην αίτηση θα είναι η φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου καταθέσεων.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η αίτηση , η υπεύθυνη δήλωση και το απογραφικό δελτίο πρέπει να συμπληρώνεται μετα στοιχεία του δικαιούχου της μεταβίβασης του μερίσματος δηλαδή της χήρας ή του χήρου ή των τέκνων και ΟΧΙ με τα στοιχεία του θανόντος.

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΘΑΝΟΝΤΟΣ / ΘΑΝΟΥΣΗΣ
ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΥΧΟΥ**

ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ**
Ακαδημίας 27 - 106 71 Αθήνα

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:
Α.Δ.Τ.:
Α.Φ.Μ.:
Δ.Ο.Υ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΟΔΟΣ: ΑΡ.:
ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:
ΑΡ. ΤΗΛ.:

**ΘΕΜΑ: Μεταβίβαση μερίσματος
θανόντος/θανούσης μερισματούχου**

..... / / 20...
(τόπος)

Επίσημωση:
Η Δήλωση περί Απορρήτου και Προστασίας
Προσωπικών Δεδομένων του ΜΤΑ είναι διαθέσιμη στην
ηλεκτρονική διεύθυνση <https://mta.haf.gr/privacy-policy/>
καθώς και στις Υπηρεσίες του Ταμείου.

1. Σας παρακαλώ να ενεργήσετε, όταν λάβετε
τη σχετική Συνταξιοδοτική Απόφαση, για τη
μεταβίβαση σε μένα του μερίσματος του/της
θανόντος/θανούσης συζύγου μου/ πατρός μου
/μητρός μου*:

βαθμός.....
ονοματεπώνυμο
που απεβίωσε την/...../.....

2. Έχω προβεί σε όλες τις απαιτούμενες
ενέργειες στον e-Ε.Φ.Κ.Α. για τη μεταβίβαση σε
μένα της σύνταξης του/της συζύγου μου/του
πατρός μου/ της μητρός μου*, και θα σας
αποστείλω τη σχετική Συνταξιοδοτική Απόφαση
όταν αυτή εκδοθεί.

3. Το μέρισμά μου επιθυμώ να κατατίθεται
στον λογ/μό της Τράπεζας με
αρ. IBAN

4. Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω
δικαιολογητικά:

α. Φωτοτυπία τραπεζικού μου
λογαριασμού.

β. Δήλωση Στοιχείων Νέου Μερισματούχου.

γ. Φωτοτυπία των δύο όψεων του Δελτίου
Αστυνομικής Ταυτότητάς μου.

δ. Αποδεικτικό έγγραφο του Α.Φ.Μ. μου και
της Δ.Ο.Υ. στην οποία υπάγομαι.

ε. Αποδεικτικό έγγραφο του Α.Μ.Κ.Α. μου.

στ. Υπεύθυνη δήλωση εργασιακής ή συντα-
ξιοδοτικής μου κατάστασης.

6. Συγκατατίθεμαι για την επεξεργασία των
προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς
της παρούσης αίτησης, καθώς και για τη
χορήγηση των απαραίτητων στοιχείων στην
Ε.Α.Α.Α.

* διαγράφεται αναλόγως

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

.....
(Υπογραφή)

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⁾ : | ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail): | | | | | |

ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 99/1986, δηλώνω ότι: **Εργάζομαι ως/Λαμβάνω σύναξη πτό.....**

**Δεν εργάζομαι και δεν λαμβάνω σύναξη εξ ιδίου δικαιώματος.
(Διαγράφεται και συμπληρώνεται αναλόγως)**

(

Ημερομηνία: ... /.../ 20...

Ο – Η Δηλών

(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 ρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει τον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 0 ετών.

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

ΠΡΟΣ
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
Ακαδημίας 27 – 10671 – Αθήνα
Τηλέφωνα: 210-3675056,7,8 & 210-3675276,7,8,9

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΥ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΥΧΟΥ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ (Α.Σ.Μ.Α.) :

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜ.

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ :

ΠΟΛΗ :

ΝΟΜΟΣ :

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : ΣΤΑΘΕΡΟ:..... ΚΙΝΗΤΟ:.....

E-MAIL :

ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ :

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ :

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ :

ΟΙΚΟΓ/ΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΕΓΓΑΜΟΣ (Α' ή Β' ΓΑΜΟΣ) / ΑΓΑΜΟΣ / ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-Η / ΕΝ ΧΗΡΕΙΑ (Α' ή Β' ΓΑΜΟΣ)

ΤΕΚΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ Μ.Τ.Α. ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ Β.Ο.Ε.Α.

(ΜΟΝΟΝ ΟΣΑ ΤΕΚΝΑ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΛΑΒΕΙ ΤΟ ΒΟΗΘΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ Ή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΥΤΟΤΕΛΕΙΑΣ)

| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
|---------------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η έναρξη καταβολής του μερίσματος σας εξαρτάται απόλυτα από την ορθή συμπλήρωση των παραπάνω στοιχείων και την υποβολή των απαραίτητων συνημμένων στη σχετική αίτησή σας δικαιολογητικών.

..... / / 20...
(τόπος)
Ο/Η Δηλ.....
.....
(υπογραφή)

7η. ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΕΑΑΑ

Για την εγγραφή στην ΕΑΑΑ της συζύγου ή των τέκνων του θανόντος ως ορφανικά μέλη απαιτούνται τα ακόλουθα:

1. Βεβαίωση Χορήγησης μερίσματος από το ΜΤΑ
2. Συμπλήρωση αίτησης για εγγραφή στην ΕΑΑΑ ως ορφανικά μέλη.
3. Φωτοτυπία της ταυτότητας
4. Μία φωτογραφία.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

1. Η αίτηση θα πρέπει να εγκριθεί από το ΔΣ της ΕΑΑΑ. Αυτό γίνεται συνήθως εντός δεκαπενθήμερου από της ημερομηνίας υποβολής

2. Τα δικαιώματα του θανόντος Αξιωματικού μεταβιβάζονται στη σύζυγο ή στα τέκνα του. Σε περίπτωση που παίρνουν μέρος η σύζυγος και τέκνα ή δυο και περισσότερα τέκνα τότε αίτηση για να εγγραφούν στην ΕΑΑΑ ως ορφανικά κάνουν όλα τα δικαιούμενα μερίσματος μέλη. ΠΡΟΣΟΧΗ: Δικαίωμα ψήφου για την εκλογή του ΔΣ της ΕΑΑΑ καθώς και για την υποβολή αίτησης Παραθερισμού δίδεται σε ένα και ΜΟΝΟ μέλος το οποίο επιλέγουν και υποδεικνύουν τα δικαιούμενα μερίσματος μέλη. Αν δεν υποδειχτεί το μέλος για τα δικαιώματα αυτά η ΕΑΑΑ εκδίδει ταυτότητες ορφανικών μελών χωρίς κάποιος να έχει το δικαίωμα αυτό για να μην εμπλακεί σε δικαστικές διαμάχες.

3. Για αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας καλό είναι όταν συμπληρώνεται η αίτηση να συμπληρώνονται στην αίτηση και τα προστατευόμενα και να προσκομισθούν για κάθε προστατευόμενο μέλος φωτοτυπία ταυτότητας και μία φωτογραφία καθώς και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το Δήμο

4. Έντυπα αιτήσεων υπάρχουν στη γραμματεία της ΕΑΑΑ και στα κατά τόπους παρατήματα. Το έντυπο αυτό μπορεί να εκτυπωθεί από την ιστοσελίδα της ΕΑΑΑ και συγκεκριμένα από τη στήλη Οδηγίες για την έκδοση ταυτοτήτων.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Οι χήρες πολλές φορές για οικονομικούς λόγους ή για άλλους λόγους δεν εγγράφονται οι ίδιες ως ορφανικά μέλη αλλά επιλέγουν να εγγραφεί ως ορφανικό μέλος το παιδί τους που παίρνει μέρος. Αποτέλεσμα της επιλογής αυτής είναι να μην μπορούν να παραθερίσουν τα υπόλοιπα παιδιά τους και τα εγγόνια τους καθώς το παιδί έχει το δικαίωμα έκδοσης κάρτας ελεύθερας εισόδου ΜΟΝΟ για τη μάνα του και όχι για τα αδέρφια του και τα ανίψια του και να δημιουργούνται τραγελαφικές καταστάσεις..

ΠΡΟΣ: (1).....

ΕΝΤΥΠΟ Ε.Α.Α.Α. 2

**ΑΙΤΗΣΗ
ΟΡΦΑΝΙΚΩΝ ΜΕΛΩΝ (2)
ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ Ε.Α.Α.Α. ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ**

ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ (3) **ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ** (3)

Ημερ/νία : (4).....

ΕΠΩΝΥΜΟ : (5)..... ΟΝΟΜΑ : (6).....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : (6)..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ : (6).....

ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ : (5)..... ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ : (6).....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ : (7) Σύζυγος Θαντός Αδελφού. - Τέκνο Θαντός Αδελφού. - Γονέας Θαντός Αδελφού. - Αδελφός/ή Θαντός Αδελφού.

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : (8).....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : (9)..... ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ : (10).....

ΔΗΜΟΤΗΣ : (11).....

ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ/ΤΟΣ : (12)..... ΕΤΟΣ ΕΚΔΟΣ.: (13)..... ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣ.: (14).....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (Παρούσα) (15)

ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ : (16)..... ΣΥΝΟΙΚΙΑ : (17).....

ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘ.: (18)..... ΝΟΜΟΣ: (19).....

Τ.Κ.: (20)..... ΧΩΡΑ: (21).....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.: (22)..... ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.: (23)..... FAX : (24).....

E-mail : (25).....

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: (26)..... RHESUS: (27)..... ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ: (28).....

ΑΡΙΘ. ΜΤΑ : (29).....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : (30) Έγγαμος/η - Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α.

ΑΡΙΘ. ΤΕΚΝΩΝ : (31).....

ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ. (32) (Υποχρεωτική συμπλήρωση εφόσον υπάρχουν Μέλη προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για τα Δελτία Ελεύθερης Εισόδου) (32)

| Όνομα (33) | Επώνυμο (34) | Όνομα Πατρός (35) | Αριθ. Αστυν. Ταυτότητας (36) | Ημερ. Γέννησης (37) | Συγγένεια (38) | Κατάσταση (39) |
|---------------|-----------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΞΕΚΟΥ (40)

ΒΑΘΜΟΣ : (41)..... ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : (42)..... Α.Μ.: (43).....

ΕΠΩΝΥΜΟ: (44)..... ΟΝΟΜΑ: (45)..... ΟΝΟΜ. ΠΑΤΡΟΣ : (46).....

ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤ. Ε.Α.Α.Α. : (47)..... ΗΜΕΡΟΜ. ΘΑΝΑΤΟΥ: (48).....

ΘΕΛΩ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΩ ΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ (49) ΝΑΙ ΟΧΙ

Με την παρούσα Αίτηση δηλώνω Υπεύθυνα ότι ΣΥΝΑΙΝΩ όπως η ΕΑΑΑ, αποθηκεύσει τα δηλούμενα στην παρούσα, Ατομικά και Προσωπικά μου Στοιχεία στη Βάση Δεδομένων της, τα οποία θα επεξεργάζεται και θα τα χρησιμοποιεί αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της Ένωσης. (50)..... ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ' ΜΕΡΟΣ [Συμπληρώνεται Μόνο όταν πρόκειται για επανέκδοση Ταυτότητας]

ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤ. Ε.Α.Α.Α. (που πρόκειται να αντικατασταθεί): (51).....

ΑΙΤΙΑ ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗΣ: (52).....

Αριθ. Απόφασης Διοικ. Συμβουλίου (53).....
(Συμπληρώνεται από την Ε.Α.Α.Α.)

Ο/Η Αιτών/ούσα