

ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.

Κατοηικός διάδοχος του τ. Τομέα Ε.Α.Υ.Φ.Ε. του τ. Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Ε.Α.Ι.Τ.
Έδρα: Χαηκοκονδύλη 56 | 104 32 | ΑΘΗΝΑ | www.teayfe.gr

ΑΙΤΗΣΗ – 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)

Εάν η αίτηση – υπεύθυνη δήλωση αποσταλεί στο ΤΕΑΥΦΕ με ηλεκτρονικό μήνυμα (email), η ευθύνη για την προστασία του μηνύματος
βαρύνει πλήρως και αποκλειστικά τον αποστολέα.

Αρ.Πρωτ. * :

Ημ/νια * :

*Συμπληρώνονται από το Φορέα

ΠΡΟΣ: ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ

ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ: Απονομή σύνταξης λόγω ΓΗΡΑΤΟΣ

ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Επώνυμο:	Όνομα:	
Ον/μο Πατέρα:		
Ον/μο Μητέρας:		
Ον/μο Συζύγου:		
Αρ. Δελ. Ταυτ./ Διαβατηρίου:	Ημ/νια έκδοσης:	Εκδ. Αρχή:
Α.Μ. ΤΕΑΥΦΕ:	Α.Μ. ΙΚΑ:	
ΑΜΚΑ:	ΑΦΜ:	
Ημ/νια γέννησης ⁽¹⁾ :		
Οδός – αριθμός:	Τ.Κ:	Πόλη:
Τηλ:	Κιν:	Email:

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (Για κατάθεση αίτησης)

Επώνυμο:	Όνομα:	
Ον/μο πατέρα:	ΑΔΤ:	
Τόπος κατοικίας / οδός – αριθμός:	Τ.Κ:	
Τηλ:	Κιν:	Email:

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση του εντύπου αυτού, απαιτείται η προσκόμιση συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου ή εξουσιοδότηση με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή ΚΕΠ.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽²⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις του αρ.22, παρ.6 του Ν.1599/1986 δηλώνω ότι:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

1. Ημ/νια διακοπής εργασίας:					
Σημειώστε «X» στα αντίστοιχα πεδία					
2. Λαμβάνετε, σήμερα ή στο παρελθόν, σύνταξη από το Ταμείο;		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
3. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο;		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Εάν ΝΑΙ δηλώστε το ταμείο και τη χρονική περίοδο:					
Ταμείο	Χρονική περίοδος ασφάλισης				
4. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο προαναφερόμενο Ταμείο με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
5. Ημ/νια εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση:					
6. Σε περίπτωση που δε συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω γήρατος επιθυμείτε (εφόσον χρειαστεί):					
6.1. Εξαγορά χρόνου στρατιωτικής θητείας		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
6.2. Εξαγορά πλασματικών χρόνων (σπουδές, ή/και τέκνα, ή/και κενά διαστήματα)		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
6.3. Εξαγορά βαρέων ενσήμων (εφόσον συνταξιοδοτείστε από το ΙΚΑ με ΚΒΑΕ)		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
6.4. Προαιρετική ασφάλιση (μόνο για περιπτώσεις σύνταξης γήρατος)		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
7. Οικογενειακή κατάσταση:					
Άγαμος	<input type="checkbox"/>	Έγγαμος	<input type="checkbox"/>		
Διαζευγμένος	<input type="checkbox"/>	Χήρος	<input type="checkbox"/>		
Τελών σε σύμφωνο συμβίωσης	<input type="checkbox"/>				
Σχέση	Σύζυγος	1 ^ο Τέκνο	2 ^ο Τέκνο	3 ^ο Τέκνο	4 ^ο Τέκνο
Ον/μο					
ΑΜΚΑ					
ΑΦΜ					
Ημ/νια γέννησης					
Εργάζεται; (ΝΑΙ ή ΟΧΙ)					
Συνταξιοδοτείται; (ΝΑΙ ή ΟΧΙ)					
7.1. Επιθυμείτε προσαύξηση για τα προστατευόμενα μέλη σας στη σύνταξή σας (άνεργος σύζυγος, ανήλικα/σπουδάζοντα τέκνα);		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
7.2. Σε περίπτωση που επιθυμείτε προσαύξηση, λαμβάνει ο έτερος γονέας προσαύξηση για τα τέκνα, που αναγράφονται παραπάνω, στη σύνταξη ή το μισθό του;		ΝΑΙ	ΟΧΙ		

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ:

Επίσης δηλώνω ότι:

- i)** αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω το ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ σε περίπτωση που αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή το εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ, καθώς ενδέχεται να μεταβληθεί η συνταξιοδοτική μου κατάσταση.
- ii)** γνωστοποιήθηκε σε εμένα από το ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ πως η σύνταξή μου θα διακοπεί σε περίπτωση απασχόλησης σε εργασία ασφαλιστέα στο Ταμείο, σύμφωνα με τις Καταστατικές του διατάξεις.
- iii)** αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω το ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ σε περίπτωση που λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.
- iv)** αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω το ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ σε περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάσταση εμού ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος) καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας μου.

- (1)** Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269.
- (2)** *«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».*
- **Σημείωση i)** Παρακαλείσθε να προσκομίζετε τις αποφάσεις του οργανισμού Κύριας Ασφάλισης κάθε φορά που μεταβάλλονται οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.
- **Σημείωση ii)** Η αίτηση στο ΤΕΑΥΦΕ – ΝΠΙΔ πρέπει να υποβληθεί εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία υποβολής στον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, άλλως τυγχάνει εφαρμογής το άρθρο 10 του Κανονισμού Παροχών.
- **Σημείωση iii)** Υποχρεούστε να προσκομίζετε την **οριστική** απόφαση του Κύριου Φορέα Ασφάλισης προκειμένου να συνταξιοδοτηθείτε, καθώς το Ταμείο δεν χορηγεί σύνταξη βάσει της προσωρινής απόφασης συνταξιοδότησης του Κύριου Φορέα Ασφάλισης.
- **Σημείωση iv)** Σε περίπτωση που συνεχίζετε να εργάζεστε δεν μπορείτε να καταθέσετε αίτημα συνταξιοδότησης.

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΙΤΗΣΗΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ, ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΣΤΕ ΡΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.

ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΟΣΩΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ, ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΕΥΘΥΝΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΝ ΓΝΩΣΕΙ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΨΕΥΔΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.

Ο/Η ΑΙΤ..... και Ο/Η ΔΗΛ.....

.....20.....

(Υπογραφή)

