

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: Χαλκοκονδύλη 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 ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ του Ταμείου

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:

						Σημειώστε «X» στα αντίστοιχα πεδία	
Λαμβάνετε, σήμερα ή στο παρελθόν, σύνταξη από το Ταμείο;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ / ΘΑΝΟΥΣΗΣ:							
Α.Μ. ΤΕΑΥΦΕ:		Α.Μ. ΙΚΑ:		ΑΦΜ:		ΑΜΚΑ:	
Επώνυμο:				Όνομα:			
Ον/μο Πατέρα:							
Ον/μο Μητέρας:							
Ημ/νια γέννησης ⁽¹⁾ :							
1. Ημ/νια θανάτου ασφαλισμένου:							
2. Ημ/νια διακοπής εργασίας:							
3. Είχε υποβάλει αίτηση συνταξιοδότησης στο παρελθόν που να εκκρεμεί ή να απορρίφθηκε;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Είχε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ δηλώστε το ταμείο και τη χρονική περίοδο:							
Ταμείο				Χρονική περίοδος ασφάλισης			
5. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής του/της στο προαναφερόμενο Ταμείο με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση:							
7. Σε περίπτωση που δε συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω Θανάτου ασφαλισμένου, επιθυμείτε (εφόσον χρειαστεί):							
7.1. Εξαγορά χρόνου στρατιωτικής θητείας						ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Οικογενειακή κατάσταση:							
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)							

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.

- (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 προσκομίσετε 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.

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)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΦ/ΝΟΥ

	Κατάθεση με την αίτηση	Θα προσκομιστεί
1. Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση (χορηγείται από το Ταμείο ή την ιστοσελίδα του Ταμείου) υπογεγραμμένη με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής σας από Δημόσια ή Αστυνομική αρχή.		
2. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (2 όψεων) ή Διαβατηρίου.		
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου		
4. Φωτοαντίγραφα ενσήμων του Κύριου Φορέα Ασφάλισης του θανόντος.		
5. Βεβαίωση τελευταίου εργοδότη του θανόντος, με τις αποδοχές τελευταίου 24μήνου (για παλαιούς ασφαλισμένους πριν το 1993) ή αποδοχές τελευταίας πενταετίας (για νέους ασφαλισμένους μετά το 1993).		
6. Πιστοποιητικό πλησιεστέρων συγγενών (χορηγείται από το Δήμο στον οποίο έχει εκδοθεί ή Κ.Ε.Π.)		
7. Πιστοποιητικό περί μη λύσεως γάμου/ Πιστοποιητικό περί μη άσκησης αγωγής περί λύσεως γάμου/ Πιστοποιητικό περί μη υποβολής αίτησης έκδοσης συναινετικού διαζυγίου/ Ληξιαρχική πράξη περί μη λύσεως συμφώνου συμβίωσης από το ληξιαρχείο στο οποίο είχε καταχωρηθεί το σύμφωνο συμβίωσης.		
8. Ληξιαρχική πράξη γάμου ή Ληξιαρχική πράξη καταχώρησης συμφώνου συμβίωσης		
9. Αντίγραφο απόφασης συνταξιοδότησης Κύριου Φορέα Ασφάλισης (όταν εκδοθεί) .		
10. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας Βιβλιαρίου Τραπέζης ή Βεβαίωση από την Τράπεζα, όπου να αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού και ο IBAN, με πρώτο δικαιούχο τον αιτούντα.		
11. Εκκαθαριστικό Εφορίας έτους υποβολής αίτησης.		
12. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (εκδόσεως έως 3 μηνών, προ της υποβολής της αίτησης).		
13. Μια φωτογραφία τύπου ταυτότητας ή διαβατηρίου (προαιρετικά).		
14. Σε περίπτωση που υπάρχουν ανήλικα / σπουδάζοντα / ανάπηρα τέκνα:		
i. Ληξιαρχικές πράξεις γέννησης τέκνων ή Α.Δ.Τ αυτών.		
ii. Βεβαιώσεις σπουδών από τις Σχολές φοίτησης των τέκνων.		
iii. Γνωστοποίηση αναπηρίας Κ.Ε.Π.Α..		