

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 ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ του Ταμείου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

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

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: (Για κατάθεση αίτησης)

|                                      |      |        |  |
|--------------------------------------|------|--------|--|
| Επώνυμο:                             |      | Όνομα: |  |
| Ον/μο πατέρα:                        |      | ΑΔΤ:   |  |
| Τόπος κατοικίας /<br>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 <sup>(2)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις του αρ.22, παρ.6 του Ν.1599/1986 δηλώνω ότι:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ / ΘΑΝΟΥΣΗΣ:

|                                  |           |        |       |
|----------------------------------|-----------|--------|-------|
| A. Μ. ΤΕΑΥΦΕ:                    | A.Μ. ΙΚΑ: | ΑΦΜ:   | ΑΜΚΑ: |
| Επώνυμο:                         |           | Όνομα: |       |
| Ον/μο Πατέρα:                    |           |        |       |
| Ον/μο Μητέρας:                   |           |        |       |
| Ημ/νια γέννησης <sup>(1)</sup> : |           |        |       |
| Ημ/νια θανάτου συνταξιούχου:     |           |        |       |

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Σημειώστε «X» στα αντίστοιχα πεδία                                                                   |         |                                             |                      |                      |                      |
| 1. Συνταξιοδοτείστε εξ ιδίου δικαιώματος από οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό ή από το Ταμείο; |         |                                             |                      | ΝΑΙ                  | ΟΧΙ                  |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
| 1.1 Εάν ΝΑΙ δηλώστε το Ταμείο συνταξιοδότησης και την κατηγορία                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
| Ταμείο                                                                                               |         | Κατηγορία (κύρια / επικουρική ή και τα δύο) |                      |                      |                      |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
| 2. Εργάζεστε;                                                                                        |         |                                             |                      | ΝΑΙ                  | ΟΧΙ                  |
|                                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
| 3. Οικογενειακή κατάσταση:                                                                           |         |                                             |                      |                      |                      |
| Σχέση                                                                                                | Σύζυγος | 1 <sup>ο</sup> Τέκνο                        | 2 <sup>ο</sup> Τέκνο | 3 <sup>ο</sup> Τέκνο | 4 <sup>ο</sup> Τέκνο |
| Ον/μο                                                                                                |         |                                             |                      |                      |                      |
| ΑΜΚΑ                                                                                                 |         |                                             |                      |                      |                      |
| ΑΦΜ                                                                                                  |         |                                             |                      |                      |                      |
| Ημ/νια γέννησης                                                                                      |         |                                             |                      |                      |                      |
| Εργάζεται;<br>(ΝΑΙ ή ΟΧΙ)                                                                            |         |                                             |                      |                      |                      |
| Συνταξιοδοτείται;<br>(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 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.

**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)

**ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΝΤ/ΧΟΥ**

[illegible]