



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 (NAT)			ΑΜΗΝΑ(NAT)			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 (επιλέξτε)		
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ								
2.									
3.									
4.									
5.									
ΣΥΝΟΛΟ									

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αναφέρεται τις υπηρεσίες του/της θανόντος/ούσας που αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:

Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
A.			
B.			
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/νσης του εργοδότη

Επωνυμία Εργοδότη	Δ/νση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος
A.				
B.				
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
A.	
B.	
Γ.	

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ

Κατά την ημερομηνία του θανάτου υπήρχε ενεργός ασφαλιστικός δεσμός;

Εάν **ΟΧΙ**, πότε είχε διακόψει ο θανών την άσκηση του επαγγέλματος;

ΝΑΙ	ΟΧΙ
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 διαείτα	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) 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: <i>ΣΗΜ.: Η αναγνώριση αξιοποιείται για τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης μόνο μετά τη συμπλήρωση του 6ου έτους του επιζώντος συζύγου ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου.</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης	
	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: - Χρόνου άσκησης; - Χρόνου Δημόσιας Υπηρεσίας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
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										
Α.										
Β.										
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 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
	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 θανών/-ούσα ήταν ασφαλισμένος/-η για τον κλάδο ασθένειας. <i>(Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)</i>	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

	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	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ																	
A.M.K.A.																	
A.Φ.Μ.																	
Δ.Ο.Υ.																	
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ ή δημοσίου																	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ																	
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ																	
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ																	
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ																	
ΑΝΑΠΗΡΙΑ																	
ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ																	
ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ																	
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ 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 ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάσταση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....