

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)

Η αίτηση αυτή είναι απλή και συμπληρώνεται εύκολα. Όμως, εάν υπάρχουν δυσκολίες, ο ασφαλισμένος μπορεί να συμπληρώσει την αίτηση με τη βοήθεια υπαλλήλου του ΙΚΑ.

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα του ΙΚΑ από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ:	*ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ.
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ - ΤΑΧ. ΚΩΔ. ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ
ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	ΧΩΡΑ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑΣ	ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΔΗΜ./ΚΟΙΝ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΝΟΜΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		
Δ1. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	<input type="checkbox"/>	
Δ2. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.	<input type="checkbox"/>	
Δ3. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ.	<input type="checkbox"/>	
Δ4. Δήλωση του τελευταίου εργοδότη (ΕΝΤΥΠΟ Σ5).	<input type="checkbox"/>	
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω:		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ - ΤΑΧ. ΚΩΔ. ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ
ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ		
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:		
Δ5. Επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου. <input type="checkbox"/>		
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες για τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειας:		
Π 3.1. Για τον/τη σύζυγο.		
Π 3.2. Για όλα τα άγαμα παιδιά που είναι κάτω των δεκαοκτώ ετών.		
Π 3.3. Για όλα τα παιδιά που είναι πάνω από δεκαοκτώ ετών αλλά είναι ανίκανα και η ανικανότητά τους χρονολογείται πριν από το 18ο έτος της ηλικίας τους.		
Π 3.4. Για όλα τα άγαμα παιδιά που είναι πάνω από 18 ετών και μέχρι 24 και σπουδάζουν σε ανώτερες ή ανώτατες Σχολές.		
ΟΝΟΜΑ - ΕΠΩΝΥΜΟ	Έτος γέννησης	ΙΕΚ ή Σχολή Φοίτησης
Έχει ανικανότητα; (ΝΑΙ-ΟΧΙ)	Εργάζεται (ΝΑΙ-ΟΧΙ)	Συνταξιοδοτείται (ΝΑΙ-ΟΧΙ)
Επιδοτείται (ΝΑΙ-ΟΧΙ)	Συνταξιοδ. Φορέας	
ΣΥΖΥΓΟΣ		
Α' ΠΑΙΔΙ		
Β' ΠΑΙΔΙ		
Γ' ΠΑΙΔΙ		

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)												
Π 3.5. Αν ο/η σύζυγός σας συνταξιοδοτείται, παίρνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται στον παραπάνω πίνακα;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>										
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Δ6. Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου ή Πιστοποιητικό Γάμου από τη Μητρόπολη. Δ7. Απόσπασμα ή Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή φωτοαντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας για καθένα από τα αναγραφόμενα παιδιά: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Δ8. Πιστοποιητικό σπουδών για τα παιδιά που σπουδάζουν. <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Δ9. Αν ο/η σύζυγος συνταξιοδοτείται, να προσκομίσετε: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">1. Απόφαση συνταξιοδότησης</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2. Απόκομμα επιταγής</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Απόφαση συνταξιοδότησης	<input type="checkbox"/>	2. Απόκομμα επιταγής	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
1. Απόφαση συνταξιοδότησης	<input type="checkbox"/>											
2. Απόκομμα επιταγής	<input type="checkbox"/>											
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
Π 4.1. Αν ήσασταν ή είστε ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα, γράψτε στη διπλανή στήλη την Υπηρεσία ή τον φορέα. Επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης άλλου Ταμείου; Αν ΝΑΙ, γράψτε το όνομα του Ταμείου:	ΦΟΡΕΑΣ 1. 2. 3.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>										
ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΤΑΜΕΙΟ		ΟΧΙ <input type="checkbox"/>										
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ10: Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια που έχετε. <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 2.								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Π 4.2. Αν ήσασταν ασφαλισμένος σε χώρες του εξωτερικού, γράψτε τις χώρες αυτές. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ11. Να συμπληρώσετε το Έντυπο Σ8. <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ΧΩΡΑ 1. 2.										
<input type="checkbox"/>												
Π 4.3. Αν είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε, η οποία απορρίφθηκε, ή πήρατε στο παρελθόν σύνταξη και διακόπηκε, γράψτε το αρμόδιο Υποκατάστημα του ΙΚΑ.	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ											
Π 4.4. Αν ήσασταν ασφαλισμένος σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε στο ΙΚΑ, γράψτε το όνομα του Ταμείου.	ΤΑΜΕΙΟ 1. 2.											
Π 4.5. Αν έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο Ταμείο η οποία εκκρεμεί, γράψτε το όνομα του Ταμείου.	ΤΑΜΕΙΟ											
Π 4.6. Αν έχετε επιδοτηθεί λόγω ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ από το ΙΚΑ, κατά την τελευταία πενταετία, γράψτε το Υποκατάστημα του ΙΚΑ και το έτος.	ΥΠΟΚ/ΜΑ	ΕΤΟΣ										
Π 4.7. Αν κατά την τελευταία πενταετία έχετε επιδοτηθεί λόγω ΑΝΕΡΓΙΑΣ από τον ΟΑΕΔ, να προσκομίσετε σχετική βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ12. Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ. <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>												
Π 4.8. Αν έχετε επιδοτηθεί λόγω ΑΝΕΡΓΙΑΣ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ από χώρα του ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ, γράψτε το όνομα της χώρας και το έτος.	ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ										

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ					
Π 5.1. Αν παίρνετε σύνταξη, να συμπληρώσετε τον παρακάτω πίνακα:					
ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (Γήρατος - αναπηρίας - θανάτου)	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ	ΣΥΓΧΩΝΕΥΘΕΝ ΤΑΜΕΙΟ	
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Αν συνταξιοδοτηθείτε από άλλο Ταμείο να προσκομίσετε:					
Δ13. Απόφαση συνταξιοδότησης. <input type="checkbox"/>					
Δ14. Απόκομμα επιταγής. <input type="checkbox"/>					
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ					
Π 6.1. Αν εξακολουθείτε να εργάζεστε, γράψτε τις μηνιαίες μεικτές αποδοχές και την ειδικότητά σας.			ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
Π 6.2. Αν δεν εργάζεστε, γράψτε την ημερομηνία που διακόψατε την εργασία σας και την ειδικότητά σας.			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
Π 6.3. Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιούπαλληλικές ή κοινές διατάξεις;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε από την Υπηρεσία όπου εργαστήκατε:					
Δ15. Δήλωση προτίμησης σε τρία αντίτυπα (Σ9). <input type="checkbox"/>					
Δ16. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών μεταβολών. <input type="checkbox"/>					
Π 6.4. Έχετε απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ17. Αν ΝΑΙ, να καταθέσετε την άδεια οδήγησης, γιατί η ημερομηνία κατάθεσης της άδειας είναι και η ημερομηνία έναρξης της συνταξιοδότησης. <input type="checkbox"/>					
Π 6.5. Αναφέρατε τις γραμματικές σας γνώσεις.					
Π 6.6. Αν έχετε επαγγελματικές γνώσεις, αναφέρατε την ειδικότητα.					
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΙΤΗΜΑΤΑ					
Π 7.1. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου της στρατιωτικής θητείας;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ18. Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε πιστοποιητικό τύπου Α'. <input type="checkbox"/>					
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε περίπτωση που ήδη έχετε αναγνωρίσει χρόνο στρατιωτικής θητείας, να προσκομιστεί απόφαση αναγνώρισης.					
Π 7.2. Αν πάσχετε από παραπληγία - τετραπληγία, επιθυμείτε τη χορήγηση παραπληγικού επιδόματος;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ19. Υπεύθυνη δήλωση ότι το επίδομα αυτό δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα. <input type="checkbox"/>					

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη αναπηρίας από ασθένεια ή από ατύχημα και σας δηλώνω ότι:

1. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω το ΙΚΑ εγγράφως αν στο μέλλον εγώ ο ίδιος ή μέλη της οικογένειάς μου, για τα οποία θα λάβω προσαύξηση στη σύνταξη, εργαστούν ή πάρουν σύνταξη ή επίδομα, καθώς και αν μεταβληθεί η οικογενειακή μου κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μου.
2. Έλαβα γνώση πως πρέπει να προσκομίσω τα δικαιολογητικά που λείπουν μέσα σε προθεσμία 30 ημερών και πως η αίτησή μου θα απορριφθεί αν περάσει άπρακτη η προθεσμία.

Μετά τη συμπλήρωσή του, το παρόν θεωρείται υπεύθυνη δήλωση.

.....
(Υπογραφή)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: 1. Όλα τα φωτοαντίγραφα επικυρώνονται από το ΙΚΑ, εφόσον έχετε το πρωτότυπο.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: 2. Ληξιαρχικές Πράξεις Γέννησης, Πιστοποιητικά Σπουδών και Στρατολογίας μπορείτε να ζητάτε από τις αρμόδιες Υπηρεσίες ή μέσω ΟΤΕ από το τηλέφωνο 1502.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ Ονοματεπώνυμο:..... Υπογραφή:.....	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ	ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟΝΟΜΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ