



**ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ**
(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.
- Δ2. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.
- Δ3. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ.
- Δ4. Δήλωση του τελευταίου εργοδότη (ΕΝΤΥΠΟ Σ5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Εάν 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.

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

ΥΠΟΔ. 120219028 - ΥΠ. 302/00

ΕΠ. ΠΡΟΒΛΗΤ. Π. ΠΙΚΟΣ Α.Ε. Π.Ο. 4619150 - Τ.Ε. 446012001040

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="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Δ8. Πιστοποιητικό σπουδών για τα παιδιά που σπουδάζουν. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Δ9. Αν ο/η σύζυγος συνταξιοδοτείται, να προσκομίσετε: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">1. Απόφαση συνταξιοδότησης <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Απόκομμα επιταγής <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> TAMEIO													
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ10: Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια που έχετε. <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. <input type="checkbox"/>	ΧΩΡΑ 1. 2.														
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.	TAMEIO 1. 2.														
Π 4.5. Αν έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο Ταμείο η οποία εκκρεμεί, γράψτε το όνομα του Ταμείου.	TAMEIO														
Π 4.6. Αν έχετε επιδοτηθεί λόγω ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ από το ΙΚΑ κατά την τελευταία δεκαετία, γράψτε το Υποκατάστημα του ΙΚΑ και το έτος.	ΥΠΟΚ/ΜΑ	ΕΤΟΣ													
Π 4.7. Αν κατά την τελευταία δεκαετία έχετε επιδοτηθεί λόγω ΑΝΕΡΓΙΑΣ από τον ΟΑΕΔ, να προσκομίσετε σχετική βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ12. Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ <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 (ΓΗΡΑΤΟΣ-ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ)	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ	ΣΥΓΧΩΝΕΥΘΕΝ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Αν συνταξιοδοτείστε από άλλο Ταμείο να προσκομίσετε:Δ13. Απόφαση συνταξιοδότησης Δ14. Απόκομμα επιταγής **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. Υπάγεστε στις διατάξεις για τα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα; ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ15. Αν ΝΑΙ, να συμπληρώσετε τα έντυπα Σ6 και Σ7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 6.4. Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιονομικές ή κοινές διατάξεις; ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε από την Υπηρεσία όπου εργαστήκατε: Δ16. Δήλωση προτίμησης σε τρία αντίτυπα (Σ9). <input type="checkbox"/> Δ17. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών μεταβολών. <input type="checkbox"/>		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 6.5. Έχετε απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Αν ΝΑΙ, να καταθέσετε την άδεια οδήγησης, γιατί η ημερομηνία κατάθεσης της άδειας είναι και η ημερομηνία έναρξης της συνταξιοδότησης. <input type="checkbox"/>		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Π 7.1. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου της στρατιωτικής θητείας; ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ18. Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε πιστοποιητικό τύπου Α. <input type="checkbox"/> ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε περίπτωση που ήδη έχετε αναγνωρίσει χρόνο στρατιωτικής θητείας, να προσκομίσετε απόφαση αναγνώρισης.		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.2. Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε προαιρετικά στο ΙΚΑ, σε περίπτωση που δεν επαρκούν τα ημερομίσθια που έχετε πραγματοποιήσει;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.3. Αν πάσχετε από παραπληγία - τετραπληγία, επιθυμείτε τη χορήγηση παραπληγικού επιδόματος; ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ19. Υπεύθυνη δήλωση ότι το επίδομα αυτό δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα. <input type="checkbox"/>		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.4. Επιθυμείτε, σε περίπτωση που δε δικαιούσθε πλήρη σύνταξη, να λάβετε μειωμένη; ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Αν ΝΑΙ, πρέπει να γνωρίζετε πως αυτή δεν μετατρέπεται ΠΟΤΕ σε πλήρη.		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη γήρατος με τις ευνοϊκότερες για μένα διατάξεις 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 μπορεί-
τε 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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Όνοματεπώνυμο:.....

Υπογραφή:.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

ΕΛΜΕΙΠΟΝΤΑ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟΝΟΜΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ