

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ Ή ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**  
**ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ**  
**(ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)**

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

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ		
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)</b>				
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/-ΟΥΣΑ	
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)</b>				
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.	ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (Μόνο για συνταξιούχους)	
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ</b>				
Π 3.1. Ο θανών/η θανούσα ήταν ασφαλισμένος/-η του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ; Αν <b>ΝΑΙ</b> , γράψτε τα στοιχεία του τελευταίου εργοδότη (μόνο αν η τελευταία εργασία ανάγεται πριν από την 1.1.2002)		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<b>*ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ</b> ΠΑΛΙΟΣ ΝΕΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:</b> <b>Δ1.</b> Όλα τα παλαιά ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τα Αποσπάσματα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης. Εάν δεν έχουν εκδοθεί τα τελευταία Αποσπάσματα, υποβάλλεται προσωρινή βεβαίωση του εργοδότη για την αντίστοιχη χρονική περίοδο. <input type="checkbox"/>				
Π 3.2. Αν ο θανών/η θανούσα ήταν ασφαλισμένος/-η στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα, γράψτε την υπηρεσία ή το φορέα. Εάν επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισής του σε κάποιο φορέα, συμπληρώστε στη διπλανή στήλη το φορέα.		ΦΟΡΕΑΣ 1. 2.		
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:</b> <b>Δ2.</b> Όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία. <input type="checkbox"/>		ΦΟΡΕΑΣ 1. 2.		
Π 3.3. Αν ο θανών/η θανούσα ήταν ασφαλισμένος/-η σε φορέα κύριας ασφάλισης χώρας του εξωτερικού, γράψτε τη χώρα.		ΧΩΡΑ 1. 2.		
Π 3.4. Αν ο θανών/η θανούσα ήταν συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα κύριας ασφάλισης ή του Δημοσίου, γράψτε την υπηρεσία ή το φορέα.		ΦΟΡΕΑΣ 1. 2.		
Π 3.5. Αν ο θανών/η θανούσα ήταν συνταξιούχος φορέα κύριας ασφάλισης άλλης χώρας, γράψτε τη χώρα.		ΧΩΡΑ 1. 2.		

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία.

Αρ. ΤΥΠ.: 120219042

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)**

Συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες για τα δικαιούχα πρόσωπα, εφόσον τα ζητούμενα στοιχεία δεν προκύπτουν από το Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή το Διαβατήριο (για τους Έλληνες της αλλοδαπής ή τους αλλοδαπούς):

**Π 4.1.** Για το χήρο/ τη χήρα

**Π 4.2.** Για όλα τα άγαμα παιδιά που είναι ανήλικα (κάτω των 18 ετών)

**Π 4.3.** Για όλα τα άγαμα παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους και μέχρι 24 ετών και σπουδάζουν σε ανώτερες/ανώτατες Σχολές στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ή σε αναγνωρισμένα ΙΕΚ

**Π 4.4.** Για όλα τα παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους και είναι ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία, εφόσον η ανικανότητά τους επήλθε πριν από τη συμπλήρωση του ανωτέρω ορίου ηλικίας ή του 24<sup>ου</sup> έτους, εφόσον σπούδαζαν σε ανώτερες/ανώτατες Σχολές στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ή σε αναγνωρισμένα ΙΕΚ, ή πριν από τη συμπλήρωση του 25<sup>ου</sup> έτους εάν πάσχουν από νευροψυχιατρική πάθηση.

**Π 4.5.** Για τους αμφοτεροπλεύρως ορφανούς εγγονούς, προγονούς τους οποίους συντηρούσε κατά κύριο λόγο ο/η θανών/-ούσα (**μόνο για τους ασφαλισμένους για πρώτη φορά πριν από την 1.1.1993**), εφόσον αυτοί είναι άγαμοι, ανήλικοι, ή, μέχρι τη συμπλήρωση του 24<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους, εφόσον σπουδάζουν σε αναγνωρισμένα ΙΕΚ, ανώτερη ή ανώτατη σχολή στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

**Π 4.6.** Για τους γονείς θανόντος **ασφαλισμένου για πρώτη φορά πριν από την 1.1.1993**, τους οποίους συντηρούσε κατά κύριο λόγο ο/η θανών/-ούσα.

**Π 4.7.** Για τους/τις **διαζευγμένους/-ες**, που πληρούν τις προϋποθέσεις του άρθρου 4 του Ν. 3232/2004.

	<b>ΧΗΡΟΣ/ΧΗΡΑ (Π 4.1)</b>	<b>Α΄ ΠΑΙΔΙ</b>	<b>Β΄ ΠΑΙΔΙ</b>	<b>Γ΄ ΠΑΙΔΙ</b>	<b>ΑΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ</b>	<b>ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/-Η</b>
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΟΝΟΜΑ						
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ						
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ						
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ						
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ						
ΔΗΜΟΤΗΣ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ*						
Α.Φ.Μ.						
Δ.Ο.Υ.						

\* Μόνο για τους ασφαλισμένους.





**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΑΙΤΗΜΑΤΑ (Συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο)**

<b>Π 5.1. Εάν ο θάνατος του/της ασφαλισμένου/-ης οφείλεται σε ατύχημα, έχετε υποβάλει Δήλωση Ατυχήματος;</b> <b>Αν ΝΑΙ, γράψτε το Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ όπου κατατέθηκε.</b>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ
<b>Π 5.2. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας του θανόντος (μόνο για ασφαλισμένους);</b> <b>Αν ΝΑΙ, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο.</b>  Στην περίπτωση που έχει ήδη αναγνωριστεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του θανόντος ασφαλισμένου, συμπληρώστε το πεδίο παραπλεύρως.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ..... ΑΡΙΘΜΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ...../.....
<b>Π 5.3. Στις περιπτώσεις που οι συνταξιούχοι πάσχουν από τις ακόλουθες αιτίες, χορηγείται εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας):</b> Παρα-/τετραπληγία, διπληγία, τριπληγία, παρα-/τετραπάρεση, μυασθένεια, μυοπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, φωκομέλεια, ακρωτηριασμός άκρων, με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, σύνδρομο κλάματος γαλής, οστεοψαθύρωση ή ατελής οστεογένεση, με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω.  <b>Εάν πάσχετε από κάποια από αυτές τις παθήσεις, σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ, παραπλεύρως.</b>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ:</b> <b>Δ14. Υπεύθυνη δήλωση</b> ότι το επίδομα αυτό δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εφόσον σας χορηγηθεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, θα ενημερώσετε αμέσως εάν στο μέλλον υποβάλετε αίτηση για να σας χορηγηθεί από άλλο φορέα. <input type="checkbox"/>		
<b>Π 5.4. Στις περιπτώσεις που οι δικαιούχοι σύνταξης λόγω θανάτου βρίσκονται σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση, για λόγους υγείας, χορηγείται το επίδομα απόλυτης αναπηρίας.</b> Συμπληρώστε παραπλεύρως το ονοματεπώνυμο του δικαιούχου από τον Πίνακα 4, εφόσον τον αφορά το επίδομα αυτό.	.....	
<b>Π 5.5. Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη μέχρι να εκδοθεί η οριστική απόφαση συνταξιοδότησής σας;</b>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Γράψτε στο πεδίο αυτό τα στοιχεία της Σημείωσης 2 του Πίνακα 4, καθώς και κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία που θεωρείτε απαραίτητο να δηλώσετε με την αίτηση αυτή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)**

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω:

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ15. Φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου**

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση το νόμο «περί μεσαζόντων».**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ**

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία που δηλώνω, παρακαλώ να μου χορηγήσετε σύνταξη λόγω θανάτου και σας δηλώνω τα εξής:

1. Υποβάλλω την αίτηση αυτή και για τα παιδιά που αναφέρονται στον Πίνακα 4.
2. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως την αρμόδια Υπηρεσία Πληρωμών Συντάξεων** στην περίπτωση που εγώ ή οι άλλοι δικαιούχοι εργαστούμε ή συνταξιοδοτηθούμε από κάθε αιτία και από οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό ή το Δημόσιο ή από φορέα ασφάλισης του εξωτερικού ή λαμβούμε επίδομα. Την ίδια υποχρέωση αναλαμβάνω και για τις περιπτώσεις μεταβολής της οικογενειακής μας κατάστασης (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβολής της διεύθυνσης κατοικίας μας.
3. Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.
4. Μετά τη συμπλήρωση και την υπογραφή του, **το έντυπο αυτής της αίτησης θεωρείται υπεύθυνη δήλωση.**

\_\_\_\_\_  
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή)

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Όλα τα φωτοαντίγραφα των πιστοποιητικών επικυρώνονται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον έχετε το πρωτότυπο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ\***

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που παρέλαβε την αίτηση:

\_\_\_\_\_

Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που θα εκδώσει την απόφαση συνταξιοδότησης:

\_\_\_\_\_

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ**

...../...../.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ**

...../...../.....

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Υπογραφή/σφραγίδα: \_\_\_\_\_

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία.