

ΠΡΟΣ Τ.Α.Ν.Τ.Π.-Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΛΟΓΩ _____
Κύρια

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:	ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ:	
ΑΣΤ ΤΑΥΤ:	ΗΜ ΕΚΔ:	ΑΡΧΗ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	Τ.Κ.:	
ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ:	ΝΟΜΟΣ:	ΤΗΛ:
ΑΦΜ:	Δ.Ο.Υ.:	
ΗΜΕΡ.ΓΕΝ:	ΑΜΚΑ:	

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Είστε ασφαλισμένος σε άλλα Ταμεία κύριας ασφάλισης; Σε ποια;	1. 2. 3. 4.
--	----------------------

Επιθυμείτε τον συνυπολογισμό του αντίστοιχου χρόνου κύριας ασφάλισης του άλλου ή των άλλων ταμείων; _____

Ποιού ή ποιών Ταμείων; _____

Αν πρόκειται για ΙΚΑ ή ΟΑΕΕ γράψτε τον αριθμό μητρώου _____

Συνταξιοδοτείστε ήδη από άλλο Ταμείο; (ΓΗΡΑΤΟΣ-ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ-ΘΑΝΑΤΟΥ)	
Έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο Ταμείο, η οποία εκκρεμεί; Σε ποιο Ταμείο;	
Έχετε ποτέ ασφαλιστεί προαιρετικά στο ΤΑΝΠΥ; Πότε;	
Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε προαιρετικά στο ΤΑΝΠΥ για να συμπληρώσετε τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για τη συνταξιοδότησή σας;	
Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας; ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Αίτηση, Υπεύθ. Δήλωση, Πιστοποιητικό τύπου Α	

Αναφέρατε τις εταιρείες που εργαστήκατε και τα χρονικά διαστήματα

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ ΓΕΝ	ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΝΑΙ - ΟΧΙ	ΣΥΝΤ/ΤΑΙ ΝΑΙ - ΟΧΙ	ΣΥΝ/ΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ
ΣΥΖΥΓΟΣ					
Α' ΠΑΙΔΙ					
Β' ΠΑΙΔΙ					
Γ' ΠΑΙΔΙ					

Αν ο/η σύζυγος συνταξιοδοτείται, παίρνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται στον παραπάνω πίνακα; _____

3^Α. Έχετε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη; _____

Αν ναι, από πού; _____

4. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ να χορηγήσετε σύνταξη λόγω _____ και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Τα αναγραφόμενα στην παρούσα αίτηση είναι αληθή.

2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω τον Τ.Α.Ν.Τ.Π. – Ο.Α.Ε.Ε. εγγράφως, αν στο μέλλον εγώ ή τα μέλη της οικογένειάς μου αναλάβουμε εργασία ή συνταξιοδοτηθούμε από άλλη αιτία και από οποιοδήποτε οργανισμό, καθώς και αν μεταβληθεί η οικογενειακή μας κατάσταση (γάμος, διαζύγιο, γέννηση, θάνατος) ή μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μας.

3. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν ασκώ και δεν θα ασκήσω στο μέλλον εργασία ασφαλιστέα στο Τ.Α.Ν.Τ.Π. – Ο.Α.Ε.Ε.. Σε αντίθετη περίπτωση αναστέλλεται η καταβολή της σύνταξης.

4. Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα στοιχεία του προσκομίζοντας εξουσιοδότηση επικυρωμένη από δημόσια αρχή ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ ΑΣΤ ΤΑΥΤΟΤΗΤ	Δ\ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΤΗΛ

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να εισπράττει την σύνταξή σας, πληρεξούσιος, απαιτείται συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο και φωτοτυπία ταυτότητας πληρεξουσίου.

Πειραιάς _____

(υπογραφή)

Σημ: Τα φωτοαντίγραφα επικυρώνονται από τον Τ.Α.Ν.Τ.Π.-Ο.Α.Ε.Ε. εφόσον έχετε το πρωτότυπο.