

**ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ/ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ
(ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΕΙΣ ΔΙΠΛΟΥΝ)**

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του και θεωρείται Υπεύθυνη Δήλωση (Ν. 1599/1986, άρθρο 8 παρ. 4). Οι ασφαλισμένοι που έχουν εγγραφεί στην Ηλεκτρονική Υπηρεσία Πιστοποίησης της ιστοσελίδας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (www.ika.gr) έχουν τη δυνατότητα να υποβάλουν και να παρακολουθούν τη διεκπεραίωση της αίτησης αυτής ηλεκτρονικά.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	*ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	*ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
-------------------	-----------------------------	------------------

*Συμπληρώνεται από την υπηρεσία.

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ															
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ				Α.Μ.Κ.Α.				Α.Φ.Μ.				Δ.Ο.Υ.			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ				ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΘΑΝΟΝΤΑ/-ΟΥΣΑ			
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ				ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				ΔΗΜΟΣ/ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ				ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ												ΤΗΛΕΦΩΝΑ			
(ΟΔΟΣ)				(ΑΡΙΘΜΟΣ)				(Τ.Κ.)				(ΠΟΛΗ)			

1.2 ΘΑΝΩΝ/-ΟΥΣΑ																			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ				ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ				ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ			
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ				Α.Μ.Κ.Α.				Α.Φ.Μ.				Δ.Ο.Υ.							
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ				ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				ΔΗΜΟΣ/ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ				ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (μόνο για συνταξιούχους)							

1.3 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ															
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή και να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.															
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.															
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ				Α.Φ.Μ.			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ				ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΤΗΛΕΦΩΝΑ							
(ΟΔΟΣ)				(ΑΡΙΘΜΟΣ)				(Τ.Κ.)				(ΠΟΛΗ)			

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΑΝΟΝΤΟΣ/-ΟΥΣΑΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ/-Η)

2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ											
ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με X)					
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ				
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ										
2.											
3.											
4.											
5.											
ΣΥΝΟΛΟ											

2.1.1 Αν είχε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου.			
2.1.2 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης;			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">ΝΑΙ</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">ΟΧΙ</td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	ΟΧΙ		

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ							
2.2.1 Επιθυμείτε την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας του ασφαλισμένου; (Συμπληρώστε με Χ) Αν ΝΑΙ, γράψτε το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο: _____ Στην περίπτωση που έχει αναγνωριστεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ο χρόνος στρατιωτικής θητείας του ασφαλισμένου, γράψτε τα στοιχεία της Απόφασης και το Υποκατάστημα: <i>ΣΗΜ.: Η αναγνώριση αξιοποιείται για τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης μόνο μετά τη συμπλήρωση του 60^{ου} έτους του επιζώντος συζύγου ή εφόσον υπάρχουν τέκνα που δικαιούνται σύνταξη λόγω θανάτου.</i>						ΝΑΙ	ΟΧΙ
						Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
						Αριθμός και Ημερ/νία Απόφασης	
3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ)							
3.1 Εφόσον ο θανών/η θανούσα ήταν συνταξιούχος ή εκκρεμεί η έκδοση απόφασης, συμπληρώστε με Χ το αντίστοιχο πεδίο:							
ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
							/
							/
							/
3.2 Αν α) ο θανών/η θανούσα είχε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε ή β) έλαβε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα.						ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ							
4.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε με Χ το αντίστοιχο πεδίο:							
ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
							/
							/
							/
4.2 Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ						ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
4.3 Εάν είστε συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα καθώς και του Δημοσίου ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας ή είστε ασφαλισμένος σε άλλο φορέα, επιθυμείτε την εξαίρεσή σας από την ασφαλιστική κράτηση για τον κλάδο υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον η κράτηση αυτή γίνεται από τους άλλους φορείς ;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>Σημ.: 1. Εάν είστε ήδη συνταξιούχος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η κράτηση για τον κλάδο υγείας γίνεται υποχρεωτικά από το μεγαλύτερο ποσό σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. 2. Η ανωτέρω επιλογή σας δύναται να μεταβληθεί μετά την πάροδο διετίας.</i>							
4.4 Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 38 του Ν. 3996/2011 περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εάν χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με βάση αναληθή ή ανακριβή δήλωση στοιχείων, ο δηλών υποχρεούται να επιστρέψει εντόκως κάθε ποσό σύνταξης που έλαβε αχρεωστήτως. Στην περίπτωση που χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο της οριστικής, οι διαφορές ποσών πρέπει να επιστραφούν από τον ασφαλισμένο με παρακράτηση του ¼ από τη μηνιαία σύνταξή του, μέχρι την εξόφληση.							
Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, συμπληρώστε με Χ.						<input type="checkbox"/>	
4.5 Εάν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα, έχετε υποβάλει δήλωση ατυχήματος;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ , συμπληρώστε το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση: _____							
4.6 Είχε επιδοτηθεί ο θανών/-ούσα ασφαλισμένος/-η λόγω ασθένειας ή ανεργίας;							
Αν ΝΑΙ , γράψτε το Ταμείο/Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Αν επιδοτήθηκε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα. _____							
<i>ΣΗΜ.: Η απάντηση συμπληρώνεται μόνο εφόσον αφορά ασφαλισμένους για πρώτη φορά από 1.1.1993 και μετά.</i>							
4.7 Βρίσκεστε εσείς ή κάποιος από τους υπόλοιπους δικαιούχους σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση;						ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5.1.							
4.8 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;							
Αν ΝΑΙ , συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του προσώπου στον πίνακα 5.1.							

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για κάθε δικαιούχο.

Προσοχή: Ο Α.Μ.Κ.Α. και ο Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του/της χήρου/-ας και των άλλων προσώπων, καθώς και ο Α.Φ.Μ. του/της χήρου/-ας συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

	ΧΗΡΟΣ/-Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΛΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ												
Α.Μ.Κ.Α.												
Α.Φ.Μ.												
Δ.Ο.Υ.												
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...	/...../...	/...../...	/...../...	/...../...		.../...../...	
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ* ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ/ ΑΠΟΛΥΤΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**												
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ΙΕΚ*** (ολογράφως)												

* Η ασφάλιση στον Ο.Γ.Α. θεωρείται εργασία

** Συμπληρώνεται εάν έχετε ζητήσει τη χορήγηση του εξωδουρατικού επιδόματος στον πίνακα 4.5

*** 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

(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία μου χορηγούνται παροχές (γάμος, εργασία, συνταξιοδότηση, λήξη σπουδών, θάνατος, διακοπή ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας από άλλο φορέα), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

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

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Σημείωση: Εάν έχετε συμπληρώσει τον πίνακα 1.3, απαιτείται θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής σας.

8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		
8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ	Συνημ.	Ελλείπ.
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου.		
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής.		
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης)		
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης		
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.		
8.1.6 Ληξιαρχική πράξη θανάτου*		
8.1.7 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης θανόντος/-ούσας*		
8.1.8 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικού Γάμου		
8.1.9 Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί μη λύσεως γάμου μέχρι την ημερομηνία θανάτου		
8.1.10 Πιστοποιητικό καταβολής διατροφής από το θανόντα/-ούσα κατά το χρόνο θανάτου (π.χ. δικαστική απόφαση, ιδιωτικό συμφωνητικό, δήλωση φορολογίας εισοδήματος του έτους θανάτου) (για διαζευγμένους)		
8.1.11 Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης αιτούντος* (για διαζευγμένους και άλλους δικαιούχους πλην επιζώντος συζύγου και τέκνων)		
8.1.12 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής)		
8.1.13 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.2, Απόφαση Διευθυντή		
8.2 ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ		
8.2.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού		
8.2.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα		
8.3 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ		
8.3.1 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*		
8.4 ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π.		
8.4.1 Απόφαση συνταξιοδότησης ή ενημερωτικό σημείωμα συντάξεων		
8.5 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)		
8.5.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)		
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμόδιου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας		
8.5.3 Βεβαίωση Ταμείου (για επιδότηση λόγω ασθένειας)		
8.5.4 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.8, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωιδρυματικό επίδομα δεν καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες		
8.6 ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		

Ο ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΚΑΙ ΔΙΕΝΗΡΓΗΣΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ _____

*Αυτεπάγγελτη αναζήτηση

Τα φωτοαντίγραφα των δικαιολογητικών επικυρώνονται από την υπηρεσία με την επίδειξη του πρωτοτύπου.