

ΑΙΤΗΣΗ**ΠΡΟΣ :**

ΕΠΩΝΥΜΟ :

Το..... Υποκ/μα Ι.Κ.Α. –Ε.Τ.Α.Μ

ΟΝΟΜΑ :

Τμήμα Εσόδων

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ :

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε ως χρόνο ασφάλισης στο **ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** πλασματικό χρόνο ()

ΟΔΟΣ :

παιδιού/ών..... ημερών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 39 του Ν. 3996/5-8-11.

ΑΡΙΘΜΟΣ :

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ :

Επιπρόσθετα σας γνωρίζω ότι , επιθυμώ να καταβάλω τις αναλογούσες ασφαλιστικές εισφορές για την εν λόγω αναγνώριση **εφάπαξ / σε δόσεις/ παρακράτηση από τη σύνταξη.**

ΤΑΧΥΔΡ. ΚΩΔΙΚΑΣ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

.....Αιτ.....

ΑΜΚΑ :

Α.Μ. Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. :

Α.Φ.Μ.:

ΘΕΜΑ : Αναγνώριση Πλασματικού Χρόνου Παιδιών

Αθήνα

Συνημμένα :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

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

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ :

ΑΡ.ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜ. – Τ.Κ. – ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ :

Εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο ή επικυρωμένο
αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας

1. **Αίτηση** ασφαλισμένης / ου.
2. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης** , από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός των αποκτηθέντων τέκνων .
3. **Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86** στην οποία θα δηλώνεται ότι :
 - α) Ο ζητούμενος προς αναγνώριση χρόνος δεν έχει αναγνωρισθεί σε άλλο Φορέα Κύριας Ασφάλισης, ούτε θα υποβληθεί στο μέλλον παρόμοιο αίτημα
 - β) Γνωρίζει ότι, οι εισφορές που θα καταβληθούν για την εν λόγω αναγνώριση **δεν επιστρέφονται ακόμα και εάν ο αναγνωριζόμενος χρόνος δεν επαρκεί για την θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος.**
4. **Φωτοτυπία ταυτότητας ασφαλισμένης / ου**

Π Ρ Ο Σ Ο Χ Η

- Οι χρόνοι ασφάλισης που έχουν αναγνωρισθεί βάσει άλλων διατάξεων αφαιρούνται από τον συνολικό χρόνο που μπορεί να αναγνωρίσει ο /η ασφαλισμένος/η κατ' ανώτατο όριο, ανάλογα με το έτος θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 του Ν.3863/2010.
- Στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ανακεφαλαίωση χρόνου ασφάλισης, η αναγνώριση του χρόνου γίνεται με ευθύνη της/του ενδιαφερόμενης/ου ως προς το χρόνο θεμελίωσης .
- Σε περίπτωση που δεν θεμελιωθεί δικαίωμα συνταξιοδότησης , οι εισφορές που έχουν καταβληθεί για την αναγνώριση των πλασματικών χρόνων δεν επιστρέφονται.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΑΔΑ: 45ΟΠ4691ΟΓ-4ΚΕ
Προβλεπόμενα Νο 2

Αθήνα 20...

Αριθμ. Πρωτ.

.....Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

.....

Τμήμα Εσόδων

Ταχ. Διεύθυνση :

Πληροφορίες :

Αριθ. τηλεφώνου :

FAX :

E – mail :

**ΘΕΜΑ : «Αναγνώριση στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Πλασματικού Χρόνου παιδιών τ... ασφαλισμέν... ..
Α.Μ.Α., Α.Μ.Κ.Α..... σύμφωνα με τις
διατάξεις του άρθρου 39 του Ν.3996/5-8-2011 »**

ΑΠΟΦΑΣΗ

..... Διευθυντ..... του Υποκ/τος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Έχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 παρ.8 του ΑΝ.1846/51 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και 119 του Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
2. Τις διατάξεις των άρθρων 4 παρ.7 του Ν.3029/2002 , 141 παρ.1 του Ν.3655/2008 ,10 παρ. 18 του Ν.3863/2010 , 39 και 40 του Ν.3996/5-8-/2011 .
3. Την με αριθμ. αίτηση τ... ασφαλισμέν.....
.....ΑΜΑ.....
ΑΜΚΑ.....
4. Την από Υπεύθυνη Δήλωση τ... ασφαλισμέν....καθώς και το υπ'αριθμ..... Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης Δήμου..... από το οποίο προκύπτει ο αριθμός των τέκνων του ενδιαφερόμενου.
5. Την από εισήγηση του Τμήματος Εσόδων.

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το νόμο

- Επειδή ο/η ανωτέρω με την από αίτησή τ... ζητά να αναγνωρίσει πλασματικό χρόνο παιδιών στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ , σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 39 του Ν.3996/5-8-2011 .
- Επειδή για τ.. ανωτέρω ασφαλισμέν...., όπως προκύπτει από το Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης έχει αποκτήσει.....() τέκνο/α από τα οποία ζητά να αναγνωρίσει συνολικά χρόνο (.....) ημέρες.
- Επειδή για την εν λόγω αναγνώριση στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ οι εισφορές υπολογίζονται με βάση το ποσοστό 20% και το 25πλάσιο του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη (ΗΑΕ), που ισχύει κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- Επειδή, κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, το ΗΑΕ έχει διαμορφωθεί σε ευρώ .
- Επειδή, σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, πρέπει να καταβληθούν εισφορές ποσού.....ευρώ (ΗΑΕ.....ευρώ Χ.....ημέρες Χ.....%) τις οποίες ο/η αιτ..... ζήτησε να καταβάλει εφάπαξ /σε δόσεις/ με παρακράτηση από τη σύνταξη .
- Επειδή, στην περίπτωση που οι ανωτέρω εισφορές καταβληθούν εφάπαξ, εντός τριμήνου από την κοινοποίηση της παρούσας , παρέχεται έκπτωση 15% και συνεπώς , το σύνολο των οφειλομένων εισφορών διαμορφώνεται σε ευρώ (.....Χ85%).
- Επειδή επί εξόφλησης του ποσού με δόσεις , ο αριθμός αυτών ισούται με τον αριθμό των αναγνωριζόμενων μηνών, ο /η δε αιτ..... ζήτησε την με δόσεις(.....) καταβολή, της πρώτης (δόσης) καταβαλλόμενης μέχρι το τέλος του επόμενου της κοινοποίησης μήνα, κάθε μιας δε από τις υπόλοιπες μέχρι το τέλος κάθε επόμενου μήνα.
- Επειδή ο /η αιτ..... θεμελιώνει με τον αναγνωριζόμενο χρόνο συνταξιοδοτικό δικαίωμα , ζητεί δε να εξοφληθεί το σύνολο των εισφορών(..... ευρώ) με παρακράτηση από τη σύνταξη ποσού ίσου με το ¼ αυτής.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την αναγνώριση στ..... ασφαλισμέν.....
Α
 .Μ.Α.....ΑΜΚΑ.....

(.....) ημερών
 (αριθμητικώς)
 στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με εξόφληση
 του αντίστοιχου ποσού που ανέρχεται σε
 ευρώ και λεπτά (..... €).
 (ολογράφως) (αριθμητικώς)
 εφάπαξ / σε μηνιαίες δόσεις / με παρακράτηση από τη σύνταξη ποσού ίσου
 με το ¼ της μηνιαίας σύνταξης.

..... ΔΙΕΥΘΥΝΤ.....

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Κ.....

Με απόδειξη παραλαβής και την πληροφορία ότι:

- α)** κατά της απόφασης αυτής μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός 30 ημερών από την παραλαβή της
- β)** σε περίπτωση καθυστέρησης καταβολής κάποιας δόσης, αυτή επιβαρύνεται με τα προβλεπόμενα πρόσθετα τέλη (3% για τον πρώτο μήνα καθυστέρησης και 1% για κάθε επόμενο μήνα και μέχρι 120% συνολικά)

2. Τμήμα Συντάξεων
 (εφόσον εκκρεμεί συνταξιοδοτικό αίτημα)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ¹							
Ο - Η Όνομα :				Επώνυμο			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας							
Ημερομηνία γέννησης ²							
Τόπος Γέννησης							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας :				Τηλ. :			
Τόπος Κατοικίας :		Οδός :		Αριθ.		Τ.Κ.	
Αρ. Τηλεομοιτύπου (Fax) :				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι :

Α) Τον πλασματικό χρόνο παιδιών που ζητώ να αναγνωρίσω στον Κλάδο Κύριας Σύνταξης του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. δεν τον έχω αναγνωρίσει, ούτε θα τον αναγνωρίσω, σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό Κύριας Ασφάλισης και

Β) Γνωρίζω πως οι εισφορές που θα καταβάλω για την εξαγορά του εν λόγω πλασματικού χρόνου δεν επιστρέφονται ακόμα και εάν ο αναγνωριζόμενος χρόνος δεν επαρκεί για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος.

Ημερομηνία : 20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.