

Υπόδειγμα Νο 1**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΠΡΟΣ :

Το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.

ΟΝΟΜΑ :

Τμήμα Εσόδων

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ :

ΟΔΟΣ :

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε ως χρόνο ασφάλισης στο **ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** το χρόνο κατά τον οποίο συμμετείχα σε **απεργία**

ΑΡΙΘΜΟΣ :

.....
.....
.....

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ :

σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του Νόμου 3996/5-8-2011.

ΤΑΧΥΔΡ. ΚΩΔΙΚΑΣ :

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

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

.....Αιτ.....

ΑΜΚΑ :

Α.Μ. Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. :

ΘΕΜΑ : Αναγνώριση χρόνου απεργίας

Αθήνα

Συνημμένα :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

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

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤ. :

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜ. – Τ.Κ. – ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ :

Εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο ή επικυρωμένο
αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση ασφαλισμένου.

2. Ασφαλιστικά βιβλιάρια του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή και άλλων φορέων και σε περίπτωση έλλειψής τους, απόφαση ή βεβαίωση των φορέων για το αν υπήρξε ασφάλιση σε αυτούς κατά το χρόνο απεργίας που ζητά να αναγνωρίσει ο ασφαλισμένος.

3. Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86 **σφραγισμένη από την οικεία Συνδικαλιστική Οργάνωση** ή την **ΓΣΕΕ** στην οποία θα δηλώνεται ότι :

- ο χρόνος τον οποίο ζητά να αναγνωρίσει ο ενδιαφερόμενος είναι χρόνος κατά τον οποίο συμμετείχε σε απεργία
- δεν έχει αναγνωρίσει τον εν λόγω χρόνο της απεργίας σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό Κύριας Ασφάλισης και
- γνωρίζει πως οι εισφορές **δεν επιστρέφονται ακόμα και εάν ο αναγνωριζόμενος χρόνος δεν επαρκεί για την θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος.**

4. Βεβαίωση εργοδότη από την οποία να προκύπτει :

- α) συμμετοχή του ενδιαφερόμενου σε απεργία και
- β) η χρονική διάρκειά της .

5. 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.

..... 201.....

..... (Επωνυμία Επιχείρησης)
 (Ταχ. Δ/νση)
 (τηλέφωνα- e-mail)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Βεβαιώνεται ότι, όπως προκύπτει από τα τηρούμενα στην Επιχείρησή μας στοιχεία, ο/η
 εργαζόμενος/η, **ΑΜΑ:** **ΑΜΚΑ:**
 συμμετείχε σε απεργία κατά τις παρακάτω ημερομηνίες:

Συνολικά : ημέρες .

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται για αναγνώριση χρόνου απεργίας στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ,σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 Ν.3996/2011.

Ο βεβαιών εργοδότης

.....

.....

(υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

Υπόδειγμα Νο 3

...../...../20.....

Αριθμ. Πρωτ.

.....

..... Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.....

Τμήμα Εσόδων

Ταχ. Διεύθυνση :

Πληροφορίες :

Αριθ. τηλεφώνου :

FAX :

E – mail :

ΘΕΜΑ : «Αναγνώριση στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του χρόνου απεργίας τ... ασφαλισμέν.....**Α.Μ.Α , ΑΜΚΑ.....****σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 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 του άρθρου 40 του Ν. 2084/1992, όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από την παρ.18 του άρθρου 10 του Ν.3863/2010, και στη συνέχεια από τις διατάξεις του άρθρου 40 του Νόμου 3996/5-8-2011.
3. Την με αριθμ. αίτηση τ... ασφαλισμέν.....
..... ΑΜΑ..... ΑΜΚΑ.....
4. Την από Βεβαίωση εργοδότη.
5. Την από Υπεύθυνη Δήλωση του ασφαλισμένου.
6. Την από εισήγηση του Τμήματος Εσόδων.

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το νόμο

Επειδή ο/η ανωτέρω με την από αίτησή του/της ζητά να αναγνωρίσει το χρόνο κατά τον οποίο συμμετείχε σε απεργία στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του Ν.2084/1992, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 10, παρ. 18 του Ν. 3863/2010 και στη συνέχεια από το άρθρο 40 του Νόμου 3996/5-8-2011.

Επειδή ανωτέρω ασφαλισμέν...., όπως προκύπτει από την Βεβαίωση Εργοδότη, απουσίασε λόγω απεργίας για χρονικό διάστημα μηνών ημερών (από..... μέχρι), από το οποίο ζητεί να αναγνωρίσει μήνες..... ημέρες.

Επειδή οι εισφορές υπολογίζονται με βάση το ποσοστό εισφορών (ασφαλισμένου και εργοδότη) του Κλάδου Κύριας Σύνταξης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ επί των αποδοχών του τελευταίου μήνα πλήρους απασχόλησης, μη δυναμένων τούτων να υπολείπονται του 25πλασίου του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, που ισχύει κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για αναγνώριση.

Επειδή κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης, οι αποδοχές του / αποδοχές του τελευταίου μήνα πλήρους απασχόλησης ανέρχονται σε ευρώ δεν υπολείπονται δε του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, οπότε ο υπολογισμός θα γίνει επί των αποδοχών του /υπολείπονται του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, οπότε ο υπολογισμός των εισφορών θα γίνει επί του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη.

Επειδή, το ποσοστό ασφάλισης του Κλάδου Κύριας Σύνταξης (εργοδότη και ασφαλισμένου) του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης ανέρχεται σε%.

Επειδή σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, πρέπει να καταβληθούν εισφορές (ευρώ X..... % X..... : 25=) ευρώ τις οποίες
(μηνιαίες αποδοχές) **(ημέρες)**
 αιτ..... ζήτησε να καταβάλει εφάπαξ /σε δόσεις.

Επειδή στην περίπτωση που οι ανωτέρω εισφορές καταβληθούν εφάπαξ εντός τριμήνου από την ημερομηνία κοινοποίησης της παρούσας, παρέχεται έκπτωση 15% και συνεπώς, το σύνολο των οφειλομένων εισφορών, περιορίζεται από ευρώ..... σε (.....X85% =) ευρώ.....

Επειδή επί καταβολής των εισφορών με δόσεις, ο αριθμός αυτών ισούται με τον αριθμό των αναγνωριζόμενων μηνών, ο /η δε ανωτέρω 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.... είναι ασφαλισμέν.... και 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. - Α.Μ.Κ.Α.....
 (.....) ημερών
(ολογράφως) **(αριθμητικώς)**
 στην ασφάλιση του Κλάδου σύνταξης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με καταβολή των εισφορών
 που ανέρχονται στο ποσό των ευρώ (.....)
(ολογράφως) **(αριθμητικώς)**
 εφάπαξ / σε μηνιαίες δόσεις / με παρακράτηση από τη σύνταξη ποσού ίσου με το $\frac{1}{4}$
 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 Εσόδων του Υποκ/τός μας.
 3. Τμήμα Συντάξεων



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. Τηλεομοιύπου (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) Απουσίασα από την εργασία μου λόγω συμμετοχής μου σε απεργία κατά τις παρακάτω ημερομηνίες:

Β) Δεν έχω αναγνωρίσει τον εν λόγω χρόνο της απεργίας σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό Κύριας Ασφάλισης και γνωρίζω πως οι εισφορές δεν επιστρέφονται ακόμα και εάν ο αναγνωριζόμενος χρόνος δεν επαρκεί για την 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.