ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
e-ΕΦΚΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

Οργανική Μονάδα :
Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:
Ταχ. Δ/νση:
Ταχ. Κώδικας:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
E-mail:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν. 4892/2022

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Μ.Κ.Α.:

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής της τοπικής Δ/νσης .....

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της περ. α΄ της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.

2. Τις διατάξεις της περ. β΄ της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.

3.Την με αριθμ. ..... αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου.

4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο

και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993).

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 και συγκεκριμένα :.....(οι ενταχθέντες φορείς)

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει ..... στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του.

(ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017 και εφεξής.

- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Δεχόμαστε την ..... αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από 1/1/2017 υποχρεωτικά προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισης του στο .....

(ενταχθέντα φορέα)

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

Κοινοποίηση:
1.Στον/ην ασφαλισμένο /η
Ονοματεπώνυμο :
ΑΜΚΑ :
Διεύθυνση:
Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίησή της.

2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :
Α.Μ.Ε :
Α.Φ.Μ.:
Διεύθυνση:

3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
e-ΕΦΚΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

Οργανική Μονάδα :
Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:
Ταχ. Δ/νση:
Ταχ. Κώδικας:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
E-mail:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν.4892/2022.

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

ΑΜΚΑ:

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής της Τοπικής Δ/νσης .....

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της περ. α΄ της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.

2. Τις διατάξεις της περ. β΄ της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.

3.Την με αριθμ. ..... αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου

4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο, και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 καισυγκεκριμένα .....

(οι ενταχθέντες φορείς)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει ..... στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του (ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017, και εφεξής, η οποία έγινε αποδεκτή σύμφωνα με την υπ. αριθμ. απόφαση .....

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της, την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει να ασφαλίζεται και στον δεύτερο φορέα ....., (ενταχθέντα φορέα) καταβάλλοντας ο ίδιος επί των αποδοχών του, το συνολικό ποσοστό εισφοράς εργοδότη και ασφαλισμένου.

- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά .

Δεχόμαστε την ..... αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από ..... (από 1/1/2017, ή από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) υπάγεται στην ασφάλιση του ....., καταβάλλοντας ο ίδιος ..... (ενταχθέντα φορέα) τις εισφορές.

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

Κοινοποίηση :
1.Στον/ην ασφαλισμένο /η
Ονοματεπώνυμο :
ΑΜΚΑ :
Διεύθυνση:
Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα 30 ημερών από την κοινοποίησή της.

2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :
Α.Μ.Ε :
Α.Φ.Μ.:
Διεύθυνση:

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59