



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ ΚΗΔΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει βοήθημα είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Συγγένεια/Σχέση με τον/την πεθαμένο/η:

Ημερομηνία Γάμου:

Υπηκοότητα:

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: Ταχ. Κώδ.:

Πόλη/Χωριό: Επαρχία: Τηλ.:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **μόνο** εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΘΑΜΕΝΟΥ/ΠΕΘΑΜΕΝΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Ημερομηνία Θανάτου:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Υπηκοότητα:

Αν ο/η πεθαμένος/η είχε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεων: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεων: (γ) από: μέχρι:

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Αν ο θάνατος προκλήθηκε από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια δηλώστε την ημερομηνία του ατυχήματος ή την ημερομηνία έναρξης της επαγγελματικής ασθένειας:

.....

2. Αν ο/η πεθαμένος/η έπαιρνε σύνταξη ή άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

.....

.....

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ βοήθημα κηδείας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία

Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημερομηνία θανάτου του προσώπου για το οποίο απαιτείται το βοήθημα.
2. Το βοήθημα πληρώνεται στο χήρο ή στη χήρα του πεθαμένου. Σε άλλες περιπτώσεις, πληρώνεται στο πρόσωπο που ανέλαβε τα έξοδα της κηδείας.

3. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:

- (α) Επίσημο πιστοποιητικό θανάτου από την Επαρχιακή Διοίκηση.
- (β) Πιστοποιητικό γάμου.
- (γ) Πιστοποιητικό συμβίωσης από τον ιερέα ή τον κοινοτάρχη.
- (δ) Βεβαίωση από τον ιερέα ή τον κοινοτάρχη στην οποία να αναφέρεται το όνομα του προσώπου που ανάλαβε τα έξοδα της κηδείας στην περίπτωση που ο αιτητής δεν είναι ο/η σύζυγος του/της πεθαμένου/ης.
- (ε) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).