



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

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 χορήγηση είτε για τον εαυτό του ή 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 Έγγαμος Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: Πόλη/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.: Τηλ.: Φαξ:

Υπηκοότητα:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) Τη χώρα (β) αρ. ασφαλίσεως (γ) από μέχρι

(α) Τη χώρα (β) αρ. ασφαλίσεως (γ) από μέχρι

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται 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:

Όνοματεπώνυμο Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια
.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

1. Ποιά είναι η ασθένεια ή η αναπηρία σας και από πότε άρχισε;

2. Η ανικανότητά σας για εργασία προκλήθηκε από ατύχημα; ΝΑΙ / ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ αναφέρετε ημερομηνία του ατυχήματος και πώς προκλήθηκε:

3. Από πότε και πώς επηρέασε η ασθένεια ή η αναπηρία σας την ικανότητά σας για εργασία, με ποίο τρόπο και σε ποίο βαθμό;

4. Ποιά η σημερινή κατάσταση της υγείας σας;

5. Είστε ικανός για οποιοδήποτε άλλο είδος εργασίας εκτός από το συνηθισμένο επάγγελμά σας; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν ΝΑΙ, αναφέρετε το επάγγελμα/επαγγέλματα που μπορείτε να απασχοληθείτε:
6. Αν παρά την ασθένεια ή αναπηρία σας εξακολουθείτε να εργάζεστε, αναφέρετε το επάγγελμα, τον αριθμό ωρών εργασία σας και τις αποδοχές σας:
7. Αν είστε ανίκανος για οποιοδήποτε είδος εργασίας, αναφέρετε από πότε:
8. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολουθούν.
- | Όνοματεπώνυμο | Διεύθυνση | Τηλ. |
|---------------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

ΜΕΡΟΣ IV – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Μόρφωση:
2. Τελευταίο επάγγελμα:
3. Άλλα επαγγέλματα στα οποία εργαστήκατε ή γνωρίζετε:
4. Έχετε σταματήσει να εργάζεστε; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν «ΝΑΙ» αναφέρετε από πότε και για ποίο λόγο:
5. Ονοματεπώνυμο τελευταίου εργοδότη στην περίπτωση που απασχολείστε τελευταία ως μισθωτός:
- Αρ. Μητρώου:
6. Επάγγελμα ή επιχείρηση εργοδότη:
7. Ημερομηνία μέχρι την οποία εργαστήκατε στον πιο πάνω εργοδότη:
8. Διεύθυνση εργοδότη:
- Τηλ.: Φαξ:
9. Οι πιο κάτω πληροφορίες παρέχονται στην περίπτωση που απασχολείστε τελευταία ως αυτοτελώς εργαζόμενος.
- (α) Είδος επιχείρησης:
- (β) Διεύθυνση επιχείρησης:
- Τηλ.: Φαξ:
- (γ) Ημερομηνία τερματισμού της απασχόλησής σας:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

- (α) Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας; Εάν ναι, υποδείξετε τον Ιατρό, την Ασφαλιστική εταιρεία και την ημερομηνία
- (β) Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησής σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε σε εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας, οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ VI – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ σύνταξη ανικανότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Ημερομηνία Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: Το Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να ζητήσει από τους γιατρούς που σας παρακολουθούν, οποιαδήποτε συμπληρωματική πληροφορία, σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας και την ικανότητά σας για εργασία.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής, 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 δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Σε περίπτωση που υποβάλετε σε Αρμόδια Αρχή αίτηση για έκδοση ή ανανέωση επαγγελματικής άδειας οδήγησης, πληροφορείστε ότι η Αρχή μπορεί να ζητήσει και να λάβει από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πληροφορίες σχετικά με τη λήψη Σύνταξης Ανικανότητας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

- Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα από την οποία απαιτείται η χορήγηση της σύνταξης.
- Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:**
 - Ιατρική έκθεση.
 - Πιστοποιητικό γέννησης του/της αιτητή/αιτήτριας.
 - Πιστοποιητικό γάμου (αν ο/η αιτητής/αιτήτρια είναι έγγαμος).
 - Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας του/της αιτητή/τριας κατά πόσο αυτός/αυτή συζεί με το/τη σύζυγο και τα άλλα εξαρτώμενα του/της ή αν δε συζεί, κατά πόσο τα συντηρεί αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
 - Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του/της αιτητή/αιτήτριας.
 - Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο εξαρτώμενο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέρα των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτήτρια.
 - Αν η αίτηση υποβάλλεται από γυναίκα, απαιτείται και η συμπλήρωση δήλωσης για πίστωση ασφαλιστέων αποδοχών για γέννηση παιδιών, έντυπο Υ.Κ.Α. 430.
 - Αν ο αιτητής/αιτήτρια φοίτησε σε εκπαιδευτικό ίδρυμα μετά τη συμπλήρωση του 16ου έτους της ηλικίας του/της απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση πιστώσεων λόγω τακτικής εκπαίδευσης έντυπο Υ.Κ.Α. 1-010.
 - Αν η αίτηση υποβάλλεται από άνδρα που γεννήθηκε κατά ή μετά την 1.1.1940, απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για πίστωση ασφαλιστέων αποδοχών για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
 - Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).