



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΧΗΡΕΙΑΣ

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 σύνταξης είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ/ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο:

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση κατά το χρόνο θανάτου:

Έγγαμος(η) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ταχ. Κώδ.: Πόλη/Χωριό: Τηλ.:

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 πεθαμένου συζύγου:

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Ημερομηνία Θανάτου: Υπηκοότητα:

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

(i) (α) Τη χώρα (β) τον Αρ. Ασφαλίσεων:

(ii) (α) Τη χώρα (β) τον Αρ. Ασφαλίσεων:

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

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια
.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΕΘΑΜΕΝΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ

Αν ο θάνατος του/της συζύγου σας προκλήθηκε από επαγγελματικό ατύχημα, επαγγελματική ασθένεια, από τροχαίο ή άλλο ατύχημα, συμπληρώστε τα πιο κάτω:

1. Ημερομηνία ατυχήματος/έναρξης επαγγελματικής ασθένειας:
2. Ώρα ατυχήματος:
3. Τόπος ατυχήματος:
4. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:
5. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγελθεί:
6. Ονοματεπώνυμο εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
7. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

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

ΜΕΡΟΣ V – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ σύνταξη χηρείας 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

ΜΕΡΟΣ VI – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Πιστοποιώ ότι ο/η πιο πάνω αναφερόμενος/η αιτητής/αιτήτρια υπόγραψε την αίτηση αυτή στην παρουσία μου.

Υπογραφή: Αρ. Ταυτότητας:

Διεύθυνση:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από το θάνατο του/της συζύγου.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/έντυπα:**
 - (α) Πιστοποιητικό γάμου.
 - (β) Επίσημο πιστοποιητικό θανάτου από την Επαρχιακή Διοίκηση.
 - (γ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας της/του αιτητριάς/αιτητή ότι κατά το χρόνο του θανάτου του/της συζύγου συζούσε με αυτόν/αυτήν ή αν δε συζούσαν κατά πόσο ο/η αποθανών/αποθανούσα συντηρούσε αυτή/αυτόν και τα εξαρτώμενα του/της αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
 - (δ) Πιστοποιητικό γέννησης του/της πεθαμένου/πεθαμένης, αν δεν έπαιρνε σύνταξη γήρατος ή ανικανότητας κατά την ημέρα του θανάτου του/της.
 - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί της/του αιτητριάς/αιτητή.
 - (στ) 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.
 - (ζ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων, που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (η) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από την/τον αιτήτρια/αιτητή.
 - (θ) Αν ο πεθαμένος/η 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.
 - (ι) Αν ο πεθαμένος υπηρετήσε στην Εθνική Φρουρά απαιτείται συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση πιστώσεων ασφαλιστέων αποδοχών για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
 - (κ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).