



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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ/ΑΙΤΗΤΗ**

Όνοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία Γέννησης: .....

Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου: .....

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση κατά το χρόνο θανάτου:

Εγγαμος(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 Ιδρύματος: .....

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας: .....

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός): .....

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας): .....

Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος: .....

Όνοματεπώνυμο αποβιώσαντα/σαςας συζύγου: ..... Ημερ. Γέννησης: .....

Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου: .....

Ημερομηνία Θανάτου: ..... Υπηκοότητα: .....

Αν ο/η αποβιώσας/αποβιώσασα 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	Τόπος Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΑΠΟΒΙΩΣΑΝΤΑ/ΑΠΟΒΙΩΣΑΣΑΣ 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 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Σύνταξη Χηρείας”.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: ..... Ονοματεπώνυμο: ..... Υπογραφή: .....

### 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: ..... Σφραγίδα (όπου ισχύει): .....

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

## 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 ή από Αρμόδια Αρχή άλλου κράτους.
  - (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 αποβίωσας/αποβιώσασα συντηρούσε αυτή/αυτόν και τα εξαρτώμενα του/της αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
  - (δ) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αποβίωσαντα/αποβιώσασας, αν δεν έπαιρνε σύνταξη γήρατος ή ανικανότητας κατά την ημέρα του θανάτου του/της **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
  - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί της/του αιτητριάς/αιτητή **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
  - (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/η αποβίωσας/αποβιώσασα 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 αποβίωσας υπηρέτησε 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 Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

-----  
**ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).**

Όνοματεπώνυμο: .....

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: .....

Ημερ. παραλαβής της αίτησης: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη