ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε.

# ΑΙΤΗΣΗ

## ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΚΕΝΩΝ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α.Μ.Κ.Α | | | | | | | | | | | | | ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  |  | | |  | |  |  | | | |  |  |  |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Α.Φ.Μ** | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  | |  | | **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ  Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ  Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ | | | | | | | | | | | | ΟΝΟΜΑ | | | | | | | | | | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | | | | | | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.** | | | | | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** | | | | | |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** | | | | | **Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** | | | | | |
| **ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ Να διαγραφεί το μη ισχύον** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ** | | | | | | **ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ** | | | | |
|  | **Βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□** | | | | | | **□** | | | | |
| Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ Ι | | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ Ι** | | | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ι** | | | | | | | | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** | | | | | |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ** | | | | | | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** | | | | | |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ **\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ** | | | | | | | | | | | | | | | | | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός……………………………. Ημερομηνία Παραλαβής………………. Συνημμένα………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ονοματεπ/μο :………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Υπογραφή …………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ημ/νία:……/………/……….

Ο/Η Αιτ……

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμέν…………………………………………………………….Αρ. Μητρώου………………...

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση τα παρακάτω :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Έχετε αναγνωρίσει το/τα κενό/ά διάστημα/τα ή άλλο χρόνο ασφάλισης, σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Είστε ασφαλισμένος/η σε άλλον ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας Ασφάλισης ή το Δημόσιο και αν ναι πού ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Παίρνετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης και αν ναι από πού ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Πρόκειται να πάρετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Κατά το/τα κενό/α χρονικό/α διάστημα/τα υπήρξατε ασφαλισμένος/η σε ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλισης; Αν ναι, σε ποιον;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

Έλαβα γνώση ότι σε περίπτωση μη θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος με τις προϋποθέσεις του αρθρ.10 Ν.3863/10, οι εισφορές που θα καταβάλω για την αναγνώριση δεν επιστρέφονται.

Ημερομηνία …………………………………..

Ο/Η Δηλ……………

………………………………………………….

Ο/Η Αρμόδιος/α Υπάλληλος

…………………………………………..