

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ	
Α.Μ. ΔΙΚΤΥΟΥ	
Ημερομηνία Καταγραφής	
Όνομα	
Επώνυμο	
Πατρώνυμο	
Όνομα Μητρός	
Όνομα συζύγου	
Ημερομηνία Γέννησης	
Αριθμός Ταυτότητας	
Α.Φ.Μ.	
Α.Μ.Κ.Α.	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οδός	
Αριθμός	
Περιοχή	
Ταχ.Τομ	
Ταχ. Θυρίδα	
Τηλέφωνο Σταθερό	
Τηλέφωνο Κινητό	
Τηλέφωνο εργασίας	
Email	

A/A	ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ	
1	ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	
1.1	Επιδοτούμενη Ανεργία	
1.2	Επιδοτούμενη Ασθένεια	
1.3	Κύηση/Λοχεία	
2	ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ	
2.1	Στρατιωτική Θητεία	
2.2	Σπουδές	
2.3	Μαθητεία	
2.4	Τέκνα	
2.5	Γονική Άδεια Ανατροφής Τέκνων	
2.6	Εκπαιδευτική Άδεια	
2.7	Κενά Διαστήματα Ασφάλισης	
2.8	Απεργία	
2.9	Χρόνος Φυλάκισης	

Α/Α	ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ		
1	Έτος Κατοχύρωσης Συνταξιοδοτικού Δικαιώματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2	Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισης σας		
3	Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης		
4	Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του ΚΒΑΕ		
5	Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιοϋπαλληλικές διατάξεις		
6	Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου		
7	Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις , για τις οποίες χορηγείτε πλήρης σύνταξη λόγω γήρστος με ειδικές προϋποθέσεις		
8	Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το έξω ιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογενείας σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας.		

Αθήνα/...../201..

..... Αιτ.....