



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ



Ενιαίος  
Φορέας  
Κοινωνικής  
Ασφάλισης

Αριθμ. Πρωτ.: .....  
Ημερομηνία : .....

..... ΥΠΟΚ/ΜΑ ΜΙΣΘΩΤΩΝ .....

Τμήμα .....

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ.**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ.:** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ :** ..... **ΟΝΟΜΑ :** .....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :** ..... **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ :** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** ..... / ..... / .....

**ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

**ΟΔΟΣ:** ..... **ΑΡΙΘΜΟΣ** .....

**ΠΟΛΗ :** ..... **ΤΑΧ.ΚΩΔ. :** .....

**ΤΗΛ:** .....

Σας προσκομίζω τα παρακάτω δικαιολογητικά και παρακαλώ να εκδοθεί ΑΠΟΦΑΣΗ σχετικά με το χρόνο ασφάλισής μου στο Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ. και στο Ε.Τ.Ε.Α.(τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.).

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΕΠΙΚΥΡΩΜΕΝΗ ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ  ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ\*

- ..... Α.Β.Ν.Τ. (ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)
- ..... Δ.Α.Τ.Ε. ( ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ & ΕΙΣΦΟΡΩΝ)
- ..... Α.Δ.Ε. (ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΦΟΡΩΝ)
- ..... ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΑ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
ΣΕ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΑ & ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ
- ..... ΒΙΒΛΙΑΡΙΑ ΕΝΤΟΛΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΩΝ
- ..... Α.Δ.Α. (ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)
- ..... Α.Β.Α. (ΑΤΟΜΙΚΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)
- ..... Α.Α.Λ.Α. (ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΑ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)
- ..... ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

\* Για τους ασφαλισμένους ξένης υπηκοότητας

**ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

Είχατε ασφαλιστεί κατά το παρελθόν σε Ταμείο <b>Κύριας Ασφάλισης</b> που συγχωνεύθηκε στο Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε το Ταμείο Πίνακας 1	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Είχατε ασφαλιστεί κατά το παρελθόν σε Ταμείο <b>Κύριας Ασφάλισης</b> που εντάχθηκε στο Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε το Ταμείο Πίνακας 2	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχετε ασφαλιστεί σε άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε το Ταμείο Πίνακας 3	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Είχατε ασφαλιστεί κατά το παρελθόν σε Ταμείο <b>Επικουρικής Ασφάλισης</b> που συγχωνεύθηκε στο Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.); Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε το Ταμείο Πίνακας 4	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πότε ασφαλιστήκατε για πρώτη φορά στο Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ); ..... / ..... (ΜΗΝΑΣ - ΕΤΟΣ)	
Εφόσον ασφαλιστήκατε για πρώτη φορά στο Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.) πριν από την 01/01/1983, αναφέρατε τις ειδικότητες και τους εργοδότες απασχόλησής σας από την 01/01/1979 μέχρι και την 31/01/1983.	
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ</b>
1 .....	1 .....
2 .....	2 .....
3 .....	3 .....
Είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ή Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ) η οποία απορρίφθηκε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πήρατε στο παρελθόν σύνταξη από το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ή από το Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.), η οποία διακόπηκε ; Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε το αρμόδιο Υποκατάστημα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. που εξέδωσε τη σχετική απόφαση	Υποκατάστημα:
Είσατε ήδη συνταξιούχος από άλλο φορέα <b>Κύριας</b> ή <b>Επικουρικής Ασφάλισης</b> ή από το <b>Δημόσιο</b> ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε την υπηρεσία, τον αριθμό και την ημερομηνία έκδοσης της απόφασης.	Υποκατάστημα:

Συνημμένος Πίνακας 1  
 Συνημμένος Πίνακας 2  
 Συνημμένος Πίνακας 3  
 Συνημμένος Πίνακας 4  
 Πίνακας Υποκαταστημάτων

..... / ..... / ...20.....  
 .... ΑΙΤ.....

.....  
 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)