Τ Α Μ Ε Ι Ο
ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.
Καθολικός διάδοχος
του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. ΤΑ.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22, 10433 Αθήνα
Δ/νση Παροχών
Τηλ. 210-5248526, 2105248527
Fax. 210-5243041

ΠΡΟΣ:	**Τ.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ***	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ***
		***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΝΟΜΗ ΕΦΑΠΑΞ ΠΑΡΟΧΗΣ
(άρθρο 17 του Καταστατικού του ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ)

Λόγω γήρατος ☐ Λόγω οριστικής αναπηρίας ☐

Λόγω θανάτου ασφαλισμένου ☐ Συνεπεία κληρονομικού δικαιώματος ☐

Λόγω επιστροφής εισφορών ☐
(άρθ. 16 & 17 του Καταστατικού του ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ)

(Σημειώστε με Χ την επιλογή που επιθυμείτε.)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 του Ν. 1599/1986)

Ι. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημ/νία έκδοσης:			
Εκδούσα Αρχή:		Α.Φ.Μ:		ΔΟΥ:	
Α.Μ. ΙΚΑ:		ΑΜΚΑ:		ΑΜΑ ΤΑΥΦΕ:	
Ημερ/νία γέννησης:	[1]	[2] ___/___/_____	Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Κινητό:		Ε – mail:	

[1] Ολογράφως.
[2] Αριθμητικώς.

II. ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
Τόπος κατοικίας και οδός:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Κινητό:		E – mail:	

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση του εντύπου αυτού, απαιτείται η προσκόμιση συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου ή εξουσιοδότηση με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή ΚΕΠ.
Πληροφορίες ή στοιχεία για την πορεία του αιτήματος του αιτούντος δίδονται μόνο στον ίδιο ή στον οριζόμενο εκπρόσωπό του.

III. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
Α. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις[3] που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι τα στοιχεία που παραθέτω κατωτέρω είναι απολύτως ακριβή και για οποιαδήποτε μεταβολή ή αλλαγή θα ενημερώσω άμεσα το Ταμείο.

1. Αναφέρατε αναλυτικά τις επιχειρήσεις στις οποίες εργαστήκατε, καθώς και τα χρονικά διαστήματα απασχόλησης σε αυτές.	Επιχείρηση: 1) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Επιχείρηση: 2) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Επιχείρηση: 3) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Επιχείρηση: 4) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Επιχείρηση: 5) _____ Χρονική Περίοδος: _____
2. Έχετε διακόψει την εργασία σας; Εάν ΝΑΙ, σημειώστε την ημερομηνία.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία: ____/____/_____
3. Έχετε πάρει στο παρελθόν εφάπαξ από το ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ ή τον Τομέα ΠΥΦΕ του ΤΑΠΙΤ ΝΠΔΔ ή το ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ; Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε πότε.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία: ____/____/_____
4. Έχετε πάρει επιστροφή εισφορών από το ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ ή τον Τομέα ΠΥΦΕ του ΤΑΠΙΤ ΝΠΔΔ ή το ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ; Εάν ΝΑΙ, για ποια χρονική περίοδο;	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Χρονική Περίοδος: _____

[3] Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

5. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Ταμείο εκτός του ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ ή του τομέα επικουρικής ασφάλισης υπαλλήλων φαρμακευτικών εργασιών του ΤΕΑΙΤ ΝΠΔΔ ή του ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΙΔ; Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε την επωνυμία του Ταμείου αυτού και την χρονική περίοδο ασφάλισης σε αυτό.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ταμείο: 1) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Ταμείο: 2) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Ταμείο: 3) _____ Χρονική Περίοδος: _____
6. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Ταμείο χορήγησης εφάπαξ παροχής; Εάν ΝΑΙ, αναφέρετε την επωνυμία του Ταμείου αυτού και την χρονική περίοδο ασφάλισης σε αυτό.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ταμείο: 1) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Ταμείο: 2) _____ Χρονική Περίοδος: _____ Ταμείο: 3) _____ Χρονική Περίοδος: _____
7. <u>Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση</u>. Αναφέρατε την πρώτη ημέρα εργασίας που ασφαλιστήκατε σε φορέα κύριας ασφάλισης και σε ποιόν.	Ημερομηνία: ____/____/_____ Φορέας: _____
8. Έχετε ασφαλιστεί προαιρετικά στο ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ ή στο ΤΕΑΙΤ ΝΠΔΔ (τομέας επικουρικής ασφάλισης υπαλλήλων φαρμακευτικών εργασιών) ή στο ΤΑΠΙΤ ΝΠΔΔ (τομέας πρόνοιας υπαλλήλων φαρμακευτικών εργασιών) ή στο ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΙΔ;	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Χρονική Περίοδος: _____

Β. ΕΡΓΑΣΙΑΣ

(Συμπληρώνεται μόνο σε περιπτώσεις απονομής εφάπαξ παροχής λόγω γήρατος ή επιστροφής εισφορών)

9. Είστε εργαζόμενος σήμερα; Εάν ΝΑΙ: 9α) Παρέχετε εξαρτημένη εργασία; Προσδιορίστε τον εργοδότη και το αντικείμενο εργασίας. 9β) Ασκείτε ελεύθερο επάγγελμα ; Εάν ΝΑΙ, προσκομίστε :	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εργοδότης: _____ Αντικείμενο εργασίας: _____ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ 1. Έναρξη επαγγέλματος από ΔΟΥ. ☐ 2. Βεβαίωση εγγραφής στα μητρώα ΟΑΕΕ. ☐ 3. Αναλυτικές καταστάσεις ΚΕΠΥΟ ☐

9γ) Παρέχετε οποιαδήποτε μορφή εργασίας (πχ ευκαιριακή απασχόληση) ; Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε εργοδότη και αντικείμενο εργασίας.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εργοδότης: _____ Αντικείμενο εργασίας: _____
10. Είστε μέτοχος ή Διευθύνων Σύμβουλος ή μέλος ΔΣ σε φαρμακευτική επιχείρηση; Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε την επωνυμία της επιχείρησης και την ημερομηνία ανάληψης της θέσης.	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Επωνυμία επιχείρησης: _____ Προσδιορίστε τη θέση σας: _____ Ημερομηνία ανάληψης θέσης: ___/___/_____

IV. ΛΟΙΠΑ ΘΕΜΑΤΑ

Επίσης, δηλώνω ότι:

1) Θα προσκομίσω οποιαδήποτε επιπρόσθετα δικαιολογητικά (πλέον των αναφερομένων στο συνημμένο πίνακα) που θα μου ζητηθούν από την Υπηρεσία εντός προθεσμίας ενός (1) μηνός. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτησή μου να απορριφθεί χωρίς ειδοποίηση και θα επανέλθω με νέα αίτηση.
2) Επιθυμώ να μου χορηγηθεί η εφάπαξ παροχή για τον χρόνο που έχουν καταβληθεί ασφαλιστικές εισφορές, βάσει του άρθρου 14, παρ. 4 του Καταστατικού του ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ (ΦΕΚ 3259/Β/2013).
3) Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω άμεσα και εγγράφως το ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ σε περίπτωση που μεταβληθεί η διεύθυνση κατοικίας μου ή τα στοιχεία επικοινωνίας μου (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.).
4) Θα προσκομίσω την απόφαση του φορέα κύριας ασφάλισης, καθώς και τυχόν μεταβολές στις προϋποθέσεις συνταξιοδότησής μου (πχ: αναθεώρηση ή τροποποίηση συνταξιοδοτικής απόφασης, κλπ.).
5) Έλαβα γνώση όλων όσων αναφέρονται στην παρούσα αίτηση, την οποία συμπλήρωσα με πλήρη ευθύνη μου και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου για δήλωση ψευδών στοιχείων.

Αθήνα, ___/___/20____

Ο/Η Αιτ_____

_____

(Υπογραφή)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Το Ταμείο επιφυλάσσεται να ζητήσει οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία, βάσει του άρθρου 4, παρ. 7 και του άρθρου 5, παρ. 2 του Καταστατικού του.
2. Όλα τα φωτοαντίγραφα πρέπει να είναι επικυρωμένα από ΚΕΠ ή από οποιαδήποτε άλλη αρμόδια να επικυρώνει Αρχή ή να συνοδεύονται από τα πρωτότυπα.
3. Σε περίπτωση που η αίτηση δεν υποβληθεί σε ενιαίο τετρασέλιδο έντυπο (Α3), παρακαλείται ο/η αιτών/ούσα ή ο εκπρόσωπός του/της να υπογράψει σε όλες τις σελίδες.
4. Για ειδικές κατηγορίες όπως στην περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου ή συνταξιούχου, ή σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση, παρακαλούμε να συμβουλεύεστε τις υπηρεσίες του Ταμείου για τη σωστή συμπλήρωση του εντύπου.

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΦΑΠΑΞ ΠΑΡΟΧΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΦΑΠΑΞ ΠΑΡΟΧΗΣ

1. Φωτοτυπίες ενσήμων ΙΚΑ όλου του εργασιακού βίου
2. Καταγγελία σύμβασης ή αναγγελία οικειοθελούς αποχώρησης ή ΦΕΚ παραίτησης
3. Βεβαίωση εργοδότη/των με τις αποδοχές της τελευταίας διετίας προ της διακοπής της ασφαλιστέας εργασίας στο ΤΑΥΦΕ (αφορά παλαιούς ασφαλισμένους)
4. Βεβαίωση εργοδότη/των με τις αποδοχές της τελευταίας 5ετίας προ της διακοπής της ασφαλιστέας εργασίας στο ΤΑΥΦΕ (αφορά νέους ασφαλισμένους)
5. Επικυρωμένη Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας από αστυνομία ή δικηγόρο
6. Συνταξιοδοτική απόφαση Κύριου Φορέα επικυρωμένη από ΚΕΠ ή αστυνομία ή δικηγόρο
7. Υπεύθυνη δήλωση Ν.1599/86, η οποία φέρει γνήσιο υπογραφής και με την οποία δηλώνεται ότι:
   α) Δεν έχω λάβει εφάπαξ χρηματική παροχή ή επιστροφή εισφορών κλάδου Πρόνοιας από το τέως ΤΕΑΥΦΕ ΝΠΔΔ ή τον τέως τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του ΤΑΠΙΤ ΝΠΔΔ ή το ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ.
   β) Επιθυμώ να μου χορηγηθεί η εφάπαξ παροχή για τον χρόνο που έχουν καταβληθεί ασφαλιστικές εισφορές, βάσει του άρθρου 14, παρ. 4 του Καταστατικού του ΤΑΥΦΕ ΝΠΙΔ (ΦΕΚ 3259/Β/2013).
   γ) Τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και όσα υποβληθούν στον μέλλον για την συμπλήρωση του φακέλου αποτελούν ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων εγγράφων ή παραστατικών που βρίσκονται στην κατοχή μου, πλην των ενσήμων τα οποία έχει στην κατοχή του ο e-ΕΦΚΑ.
   δ) Τα στοιχεία που δηλώθηκαν στις παραγράφους Ι. έως και IV.της συνυποβαλλόμενης αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης για την χορήγηση της εφάπαξ παροχής είναι ακριβή, και τα συμπλήρωσα με πλήρη ευθύνη μου και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου για δήλωση ψευδών στοιχείων. Σε περίπτωση που κάποιο από τα δηλωθέντα στοιχεία μεταβληθεί ή κάποιο από τα συνυποβαλλόμενα με την αίτηση έγγραφα/δικαιολογητικά τροποποιηθεί αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω εγγράφως και παραχρήμα το Ταμείο.
8. Απόφαση χορήγησης εφάπαξ από άλλον φορέα πρόνοιας επικυρωμένη από ΚΕΠ ή αστυνομία ή δικηγόρο (απαιτείται μόνον στις περιπτώσεις διαδοχικής ασφάλισης).
9. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Τραπέζης (με ευδιάκριτο IBAN) στο οποίο ο αιτών είναι πρώτος δικαιούχος
10. Εκκαθαριστικό/εκκαθαριστικά εφορίας για το χρονικό διάστημα από τη διακοπή εργασίας έως την υποβολή της αίτησης χορήγησης εφάπαξ
11. Σε περίπτωση ελεύθερου επαγγέλματος:
    α) Έναρξη επαγγέλματος από ΔΟΥ
    β) Βεβαίωση εγγραφής στα μητρώα του ΟΑΕΕ
    γ) Αναλυτικές καταστάσεις ΚΕΠΥΟ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ - ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Α. ΕΦΑΠΑΞ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1. Αρχική Απόφαση Κύριου Φορέα με την οποία χορηγήθηκε σύνταξη λόγω αναπηρίας καθώς και οι μεταγενέστερες αποφάσεις με τις οποίες παρατάθηκε η συνταξιοδότηση. επικυρωμένες από ΚΕΠ ή αστυνομία ή δικηγόρο.
2. Απόφαση Κύριου φορέα με την οποία η συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας παρατάθηκε για χρόνο αόριστο ή μετατράπηκε σε γήρατος, επικυρωμένη από ΚΕΠ ή αστυνομία ή δικηγόρο.
3. Συνταξιοδοτική απόφαση Επικουρικού Φορέα με την οποία απονεμήθηκε αρχικά η αναπηρία καθώς και οι μεταγενέστερες αποφάσεις με τις οποίες παρατάθηκε η συνταξιοδότηση, επικυρωμένες από ΚΕΠ., αστυνομία ή δικηγόρο.
4. Απόφαση Επικουρικού Φορέα με την οποία η σύνταξη λόγω αναπηρίας παρατάθηκε για χρόνο αόριστο ή μετατράπηκε σε γήρατος, επικυρωμένη από ΚΕΠ ή αστυνομία ή δικηγόρο.

Β. ΕΦΑΠΑΞ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

1. Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών
2. Ληξιαρχική πράξη θανάτου
3. Ληξιαρχική πράξη γάμου
4. Πιστοποιητικό πρωτοδικείου περί μη λύσεως του γάμου
5. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου

Γ. ΕΦΑΠΑΞ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ Συνεπεία κληρονομικού δικαιώματος

1. Πιστοποιητικό από Πρωτοδικείο περί μη αποποίησης κληρονομικού δικαιώματος.
2. Πιστοποιητικό από Πρωτοδικείο περί μη αμφισβήτησης κληρονομικού δικαιώματος.