

ΠΡΟΣ ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ

ΑΙΤΗΣΗ  
ΕΞΑΓΟΡΑΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
ΟΝΟΜΑ.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....  
ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ.....  
Α.Δ.Τ.....  
Α.Φ.Μ.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....  
.....  
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ.....  
ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ.....

ΘΕΜΑ: Αναγνώριση χρόνου  
ανεργίας.

ΑΘΗΝΑ ...../...../.....

Συνημμένα:

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε  
τον χρόνο ανεργίας, μετά  
την αρχική μου ασφάλιση

.....  
( ολογράφως )  
(.....) ημερών εργασίας ως  
( αριθμητικώς )  
συντάξιμο στο Ταμείο μας,  
σύμφωνα με τον Κανονισμό  
του ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ.  
(ως συνημμένη κατάσταση κενών  
ασφάλισης, λόγω ανεργίας).  
Επιπροσθέτως σας γνωρίζω  
ότι επιθυμώ να καταβάλω τις  
αναλογούσες ασφαλιστικές  
εισφορές νου για την εν  
λόγω αναγνώριση μετά την  
υπογραφή της σύμβασης  
εξαγοράς:

Εφάπαξ με έκπτωση 15%

Σε 6 μηνιαίες δόσεις με  
έκπτωση 5%

Σε 12 μηνιαίες δόσεις χωρίς  
έκπτωση

0 Αιτών/ούσα

## ΣΥΝΗΜΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ (ΚΕΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε τον χρόνο ανεργίας, μετά την αρχική μου ασφάλιση για τα παρακάτω χρονικά διαστήματα:

Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες
Από	...../...../.....	μέχρι	...../...../.....	(.....)	ημέρες

Συνολικός χρόνος ανεργίας προς εξαγορά : .....  
..... (.....) ημέρες.  
( ολογράφως ) ( αριθμητικώς )

Τον ανωτέρω χρόνο, δεν έχω αναγνωρίσει, ούτε θα τον αναγνωρίσω ως χρόνο ασφάλισής μου σε οιονδήποτε φορέα επικουρικής ασφάλισης.

Αθήνα ...../...../.....  
Ο ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Α) Τον πλασματικό χρόνο ανεργίας που ζητώ να αναγνωρίσω στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ δεν τον έχω αναγνωρίσει, ούτε θα τον αναγνωρίσω, σε άλλο ασφαλιστικό φορέα Επικουρικής Ασφάλισης.**
- Β) Γνωρίζω και συναινώ, πως οι εισφορές που θα καταβάλω για την εξαγορά του εν λόγω χρόνου ανεργίας δεν επιστρέφονται ακόμα και εάν ο αναγνωριζόμενος χρόνος δεν επαρκεί για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού μου δικαιώματος, όπως και αν δεν ολοκληρώσω την υποχρέωσή μου να καταβάλλω την εξαγορά, με το σύστημα των δόσεων. (4)**

Ημερομηνία: ..../.../201...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)