

ΠΡΟΣ ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ

ΑΙΤΗΣΗ
ΕΞΑΓΟΡΑΣ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΙΔΙΩΝ

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

ΘΕΜΑ: Αναγνώριση πλασματικού χρόνου παιδιών.

ΑΘΗΝΑ/...../.....

Συνημμένα:

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε τον πλασματικό χρόνο παιδιού/ών

.....
(ολογράφως)
(.....) ημερών εργασίας ως
(αριθμητικώς)
συντάξιμο στο Ταμείο μας,
σύμφωνα με τον Κανονισμό του
ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ.

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

Ο Αιτών/ούσα



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

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

Α) Τον πλασματικό χρόνο παιδιού/ων που ζητώ να αναγνωρίσω στο ΤΑΠΙΛΤ-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 πλασματικού χρόνου παιδιού/ων 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)