

Accord Canada / Grèce

Demande d'une pension de survivant grecque

Voici des renseignements importants dont vous devez tenir compte au moment de remplir votre demande.

Veillez vous assurer de signer la demande. Si vous apposez une marque en guise de signature, (par exemple : « X »), la signature d'un témoin est exigée.

Votre demande doit être accompagnée de tous les documents justificatifs requis. Veuillez soumettre ces documents.

Lorsqu'il est précisé qu'on exige les documents originaux, il vous faut soumettre les documents originaux avec votre demande. Vous devez conserver, pour vos dossiers, une **copie certifiée conforme de tout document original** que vous nous envoyez. Certains pays exigent des documents originaux qui ne vous seront pas retournés.

Vous pouvez soumettre **l'original ou une photocopie certifiée conforme** de tout document lorsque les originaux ne sont pas exigés. Les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous soumettez des photocopies de documents, **celles-ci doivent être certifiées conformes par** : un comptable, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un dentiste, un médecin, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de ses organismes, un directeur de maison funéraire, un juge de paix, un avocat, un magistrat, un directeur d'institution financière, un député fédéral ou provincial ou un membre de son personnel, un prêtre ou un ministre du culte, un greffier municipal, un notaire, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de sécurité sociale, un agent officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un pharmacien, un agent de police, un maître de poste, un ingénieur, un travailleur social ou un professeur.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son titre officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, et elle doit également indiquer son nom et signer et ajouter la phrase suivante sur le document : « **Cette photocopie est conforme au document original et n'a été modifiée d'aucune façon** ».

Retournez votre demande dûment remplie, les formulaires et les documents à l'appui aux :

Opérations internationales
Ottawa (Ontario) K1A 0L4
CANADA

Le défaut de faire parvenir ces documents risque de retarder le traitement de votre demande.

Avertissement :

Ce formulaire de demande a été élaboré conjointement par des sources externes et Développement social Canada. Le contenu et le langage répondent aux exigences législatives de ces sources externes.

ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ

ACCORD SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
ENTRE LA RÉPUBLIQUE HELLÉNIQUE ET LE CANADA
ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ
EXAMEN D' UNE DEMANDE DE PENSION GRECQUE

CDN - GR 1

Αναπηρίας Invalidité Γήρατος Vieillesse Επιζώντων Θανάτου Survivant

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE

Επώνυμο Nom	Όνομα Prénom	Όνομα Πατρός Prénom du père	Προηγούμενο Επώνυμο (1) Nom précédent			
Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date de naissance (jour/mois/année)	Τόπος γέννησης Lieu de naissance	Υπηκοότητα Nationalité	Φύλο Ανδρας Γυναίκα Homme Femme			
Οικογενειακή κατάσταση : État civil	Αγαμος (η) Célibataire	Έγγαμος (η) Marié (e)	Χήρος Veuf	Χήρα Veuve	Διαζευγμένος (η) Divorcé (e)	Από την (ημέρα/μήνας/έτος) À partir de (jour/mois/année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Όνοματεπώνυμο συζύγου: Nom et prénom du conjoint:	Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date de naissance (jour/mois/année)		Υπηκοότητα Nationalité			
Πλήρης Διεύθυνση (3) Adresse complète (3)						

2. ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (βλέπε οδηγίες) (4)
MEMBRES DE LA FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE (voir instructions) (4)

Επώνυμο και όνομα Nom et prénom	Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date de naissance (jour/mois/année)	Τόπος γέννησης Lieu de naissance	Φύλο Sexe	Συγγενική σχέση με τον ασφαλισμένο Lien de parenté avec l' assuré (e)	Υπηκοότητα Nationalité
.....
.....
.....
.....
Adresse complète (3) Πλήρης διεύθυνση (3)					

3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ
 'A ÊTRE REMPLI EN CAS D' UNE DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

3.1 Ο ασφαλισμένος πέθανε στις La personne assurée est décédée le		(ημέρα/μήνας/έτος) (jour/mois/année)	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΗΡΑ Ή ΤΟΝ ΧΗΡΟ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VEUVE OU LE VEUF			
3.2 Επώνυμο Nom		Όνομα Prénom	
3.3 Το γένος της χήρας Nom de jeune fille de la veuve			
3.4 Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date de naissance (jour/mois/année)	Τόπος γέννησης Lieu de naissance	Υπηκοότητα Nationalité	Φύλο Sexe Ανδρας Homme Γυναίκα Femme
3.5 Ημερομηνία γάμου (ημέρα/μήνας/έτος) Date du mariage (jour/mois/année)	3.6 Ο γάμος διαρκούσε κατά την ημέρα του θανάτου; Le mariage durait-il au moment du décès? <input type="checkbox"/> Ναι Oui <input type="checkbox"/> Όχι Non	3.7 Εάν όχι, ημερομηνία διάλυσης του γάμου (ημέρα/μήνας/έτος) Si non, date de la dissolution du mariage (jour/mois/année)	
3.8 Η χήρα στο μεταξύ έκανε νέο γάμο; La veuve s' est-elle remariée entre temps?	<input type="checkbox"/> Ναι Oui <input type="checkbox"/> Όχι Non	Εάν ναι, ημερομηνία νέου γάμου (ημέρα/μήνας/έτος) Si oui, date du remariage (jour/mois/année)	
3.9 Πλήρης διεύθυνση (3) Adresse complète (3)			
3.10 Στοιχεία ορφανών Renseignements concernant les orphelins			
Επίθετο Nom	Όνομα Prénom	Ημερομηνία γέννησης Date de naissance	Συγγενική σχέση Lien de parenté
.....
.....
.....
3.11 Πλήρης διεύθυνση (3) Adresse complète			
3.12 Όνομα και διεύθυνση του κηδεμόνα (επιτρόπου) Nom et adresse du tuteur			

**4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
 À ÊTRE REMPLI EN CAS D' UNE DEMANDE DE PENSION D' INVALIDITÉ**

<p>4.1 Ο ασφαλισμένος εργάζεται ακόμη ως μισθωτός; La personne assurée exerce-t-elle encore une activité salariée?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ναι Oui</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Όχι Non</p> <p>Ο ασφαλισμένος ασκεί ακόμα ανεξάρτητο επάγγελμα; La personne assurée exerce-t-elle encore une activité indépendante?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ναι Oui</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Όχι Non</p>	
<p>4.2 Εάν απαντήσατε " ναι " στο 4.1 σημειώστε: Si vous avez répondu " oui " à 4.1 indiquez:</p> <p>Ωρες εργασίας την εβδομάδα Heures de travail par semaine</p> <p>Είδος εργασίας ή ασκούμενου ανεξάρτητου επαγγέλματος Genre de travail ou d' activité indépendante</p> <p>Υψος μηνιαίου μισθού Montant du salaire mensuel</p>	
<p>4.3 Εάν απαντήσατε " όχι " στο 4.1 σημειώστε ημερομηνία διακοπής της επαγγελματικής δραστηριότητας (ημέρα/μήνας/έτος) Si vous avez répondu " non " à 4.1 indiquez la date de cessation d' activité professionnelle (jour/mois/année)</p>	

**5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ
 À ÊTRE REMPLI EN CAS D' UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE**

<p>5.1 Ο ασφαλισμένος εργάζεται ακόμα ως μισθωτός; La personne assurée exerce-t-elle encore une activité salariée?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ναι Oui</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Όχι Non</p> <p>Ο ασφαλισμένος ασκεί ακόμα ανεξάρτητο επάγγελμα; La personne assurée exerce-t-elle encore une activité indépendante?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ναι Oui</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Όχι Non</p> <p>Ο ασφαλισμένος σταμάτησε κάθε βιοποριστική εργασία από La personne assurée a cessé toute activité professionnelle depuis le</p> <p style="text-align: right;">(ημέρα/μήνας/έτος) (jour/mois/année)</p>	
<p>5.2 Εάν ο ασφαλισμένος εξακολουθεί να είναι μισθωτός ή ελεύθερος επαγγελματίας σημειώστε το ύψος του μηνιαίου μισθού. Si la personne assurée exerce encore une activité salariée ou indépendante, indiquez le montant du salaire mensuel.</p>	

**6. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
 RENSEIGNEMENTS DIVERS**

<p>6.1 Πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική σταδιοδρομία στην Ελλάδα (βλέπε οδηγίες) (2) Renseignements concernant la carrière professionnelle en Grèce (voir instructions) (2)</p>					
Από Du	Εως Au	Ειδικότητα Profession	Όνομα και διεύθυνση εργοδότη Nom et adresse de l'employeur	Γραμείο ασφάλισης και αριθμός ασφάλισης Caisse d' assurance et numéro d' assurance	Παρατηρήσεις Remarques

6.2 Η ανικανότητα για εργασία ή ο θάνατος είναι κατά πάσα πιθανότητα συνέπεια εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας;
L'incapacité au travail ou le décès est-il, probablement, dû à un accident de travail ou à une maladie professionnelle?

Ναι
Oui Όχι
Non

6.3 Λαμβάνει ήδη σύνταξη ο ασφαλισμένος από Ελληνικό ασφαλιστικό ταμείο ή το Δημόσιο;
Le requérant reçoit-il déjà une pension d'une caisse d'assurance grecque ou du régime des fonctionnaires?

Ναι
Oui Όχι
Non Εάν ναι, σημειώστε:
Si oui, indiquez:

(1) Είδος της σύνταξης:
Genre de pension : αναπηρίας
invalidité γήρατος
vieillesse επιζώντος
survivant

(2) Το Ελληνικό ασφαλιστικό ταμείο :
La caisse d'assurance grecque :

(3) Τον αριθμό ασφάλισης:
Le numéro d'assurance:

Υποβλήθηκε αίτηση για σύνταξη;
Une demande de pension a-t-elle été présentée? Ναι
Oui Όχι
Non

6.4 Ο δικαιούχος επιθυμεί να πηγαίνει η σύνταξή του:
Le requérant désire recevoir sa pension:

Στη διεύθυνση κατοικίας του (3)
A la maison (adresse)

Σε τραπεζικό λογαριασμό: Αναφέρατε όνομα τράπεζας και αριθμό λογαριασμού
A son compte bancaire: Indiquez le nom de la banque et le numéro du compte

7. ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑ DECLARATION DU REQUÉRANT

Με την αίτηση αυτή ζητώ σύνταξη σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία (βλέπε οδηγίες) (4).
Par la présente je demande une pension aux termes de la législation grecque (voir instructions) (4).

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σ' αυτή την αίτηση είναι σωστές και ολοκληρωμένες και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιώ τον Ελληνικό Οργανισμό για κάθε αλλαγή που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμά μου για σύνταξη.

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont corrects et complets, et je m'engage à informer l'institution compétente grecque de tout changement qui pourrait porter atteinte à mon droit à pension.

Εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Εθνικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Καναδά να παρέχει στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (I.K.A.) στην Ελλάδα όλες τις πληροφορίες και απαραίτητα δικαιολογητικά που κατέχει και που είναι σχετικά με αυτή την αίτηση για παροχές.
J'autorise le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada à fournir à l'Institut des Assurances Sociales (I.K.A.) de la Grèce tout renseignement ou pièce justificative qu'il possède et qui pourrait être pertinent a cette demande.

Υπογραφή αιτούντα:

Signature du requérant:

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης (ημέρα/μήνας/έτος)
Date de présentation de la demande (jour/mois/année)

8. ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΜΑΡΤΥΡΑ (εάν ο αιτών υπογράψει με σταυρό (x)) SIGNATURE DU TÉMOIN (si le requérant signe par une croix (x))

Υπογραφή του μάρτυρα :
signature du témoin :

Διεύθυνση του μάρτυρα (3) :
Adresse du témoin (3) :

Να συμπληρωθεί από τον αρμόδιο Καναδικό Οργανισμό
À être rempli par l' institution compétente canadienne

Ημερομηνία:
Date:

ημέρα jour	μήνας mois	ετος année

Η αίτηση παραλήφθηκε την
La demande a été reçue le

ημέρα jour	μήνας mois	ετος année

Υπογραφή
signature:

Συνημμένα δικαιολογητικά
Documents ci-joints:

Σφραγίδα
Cachet

ΟΔΗΓΙΕΣ INSTRUCTIONS

1. Σε περίπτωση παντρεμένης ή χήρας αναγράφεται το γένος.
Dans le cas d' une femme mariée ou veuve, indiquez le nom de jeune fille.
2. Τα πρωτότυπα ασφαλιστικά βιβλιάρια του ασφαλισμένου πρέπει να επισυναφθούν.
Les livrets d' assurance originaux de la personne assurée doivent être joints.
3. Οδός και αριθμός, πόλη ή χωριό, επαρχία, ταχυδρομικός κώδικας, χώρα.
Rue et numéro, ville ou village, province, code postal, pays.
4. Απαιτούμενα στοιχεία σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία:
Documents requis selon la législation grecque:
 - a. Πιστοποιητικό γέννησης απαιτείται για παιδιά νόμιμα, νομιμοποιηθέντα, υιοθετημένα, προγονούς και ορφανούς εγγονούς στις εξής περιπτώσεις:
Un certificat de naissance est exigé pour les enfants légitimes, légitimés et adoptés, les beaux-fils, les petits-fils et petits-filles orphelins dans les cas suivants:
 - 1) Εως την ηλικία των 18 ετών και εάν τα παιδιά δεν εργάζονται και δεν λαμβάνουν σύνταξη
Agés de moins de 18 ans, si les enfants ne travaillent pas ou ne bénéficient pas de pension
 - 2) Μεταξύ 18 και 24 ετών εάν σπουδάζουν σε πανεπιστήμιο ή ανώτερη σχολή, αλλά σ' αυτή την περίπτωση απαιτείται επίσης βεβαίωση σπουδών του Πανεπιστημίου ή της Σχολής.
Agés de 18 ans à 24 ans, si les enfants fréquentent une université ou école supérieure (mais, dans ce cas-là, il est en plus exigé un certificat de l' université ou de l' école);
 - 3) Χωρίς όριο ηλικίας εάν τα παιδιά είναι ανάπηρα.
Sans limite, d' âge, si les enfants sont invalides.
- β. Για τη σύζυγο του αιτούντα απαιτείται ληξιαρχική πράξη γάμου εφόσον αυτή δεν εργάζεται και δεν συνταξιοδοτείται.
Pour le conjoint du requérant: un acte de mariage est exigé si celui-ci ne travaille pas et n' est pas pensionné.

Accord Canada / Grèce

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CDN-GR 1] d'une pension de survivant grecque

Veillez remplir les formulaires ci-joints :

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** indiquant l'information concernant la personne décédée
- **Annexe B** (*seulement si la personne décédée avait cotisé au régime de pensions OGA*)

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance ou de baptême pour vous, la personne décédée et tous les enfants à charge
- Certificat de mariage (le cas échéant)
- Décret ou jugement de divorce (le cas échéant)
- Certificat de décès
- Preuves de citoyenneté pour vous, la personne décédée et tous les enfants à charge
- Preuves des dates d'entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada de la personne décédée (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billet de bateau ou d'avion, etc.)
- Lettre des autorités scolaires attestant la fréquentation scolaire des enfants de 18 à 24 ans (le cas échéant)
- Tous les documents pertinents en ce qui concerne les antécédents d'emploi de la personne décédée

Documents originaux à produire :

- Livrets de travail grec (*seulement si la personne décédée avait cotisé à un régime de pensions autre que OGA, p. ex., IKA, TEBE, etc.*)

Remarque : Si les livrets de travail ne sont pas disponibles, vous devez remplir « Annexe A »

IMPORTANT : Si vous avez déjà soumis n'importe lequel des documents nécessaires, lorsque vous avez présenté une demande de prestation du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, vous n'avez pas à les soumettre de nouveau.



RÉSIDENCE AU CANADA

Numéro d'assurance sociale canadien _____

M. Mme

Mlle

► _____
Prénom et initial Nom

Les renseignements suivants sont requis pour appuyer la demande de prestations que vous avez présentée en vertu d'un accord de sécurité sociale. Si vous n'avez pas assez d'espace, veuillez attacher une feuille séparée avec l'information supplémentaire.

1. Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

• Date d'arrivée au Canada : _____

• Lieu d'arrivée au Canada : _____

2. Énumérez tous les lieux où vous avez vécu au Canada après l'âge de 18 ans et fournissez des preuves de tous vos entrées et départs (formulaire « Immigration 1000 », passeport intégral, billets d'avion, etc.) :

Du (année/mois/jour)	Au (année/mois/jour)	Ville	Province/Territoire

3. Énumérez toutes vos absences du Canada, de plus de six mois, au cours des périodes de résidence au Canada que vous avez indiquées au n° 2, ci-dessus :

Départ (année/mois/jour)	Retour (année/mois/jour)	Destination	Motif

(This form is also available in English - ISP 5013 E)

Numéro d'assurance sociale canadien _____

4. Veuillez nous fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'au moins deux personnes, qui ne vous sont apparentées ni par le sang ni par le mariage, susceptibles de confirmer votre résidence au Canada :

Nom	Adresse	Ville	Numéro de téléphone
			() -
			() -

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que ces renseignements sont vrais et complets.
(Faire une fausse déclaration constitue une infraction)

Signature : **X** _____

Date : _____

Année Mois Jour

Numéro de téléphone : () - _____

Nom de famille :
Prénom :
Nom du père :
Nom de la mère :
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées ou les veuves) :

Destinataire :
OGA [Caisse d'assurance agricole grecque]
Bureau principal
Service H¹ - Relations publiques et internationales
Section H3 - Relations internationales
Patision 30
GR - 101 70 Athènes
GRÈCE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) déclare ce qui suit :

1. **Lieu d'emploi en Grèce (en tant que cultivateur, éleveur, etc.)**
Ville ou municipalité Comté Nom (département)
.....
2. **Période d'emploi en Grèce (en tant que cultivateur, éleveur, etc.)**
du au
3. **Période de service militaire**
du au
4. **Période d'absence au Canada**
du au
5. **Affiliation à une autre caisse d'assurance grecque (IKA, TEBE, etc.)**
du au
Succursale compétente : N° de dossier : A.M.
6. **Période d'emploi dans un pays tiers (autre que la Grèce et le Canada)**
du au
Nom du pays :

Remarque

Je joins à la présente déclaration des photocopies de ma carte d'identité, délivrée par les autorités de police, ou de mon passeport, du passeport de mon épouse et du passeport de mes enfants dont l'âge ne dépasse pas 18 ans, ainsi qu'une fiche de la composition de la famille. *(Cette fiche de famille ne doit être soumise que par les personnes assurées dont les données d'état civil sont enregistrées au Canada.)*

Pièces jointes :

Date :
Signature :

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΤΟ ΓΕΝΟΣ
(για έγγαμες-χήρες)

ΠΡΟΣ:
ΤΟΝ ΟΓΑ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ Η΄-ΔΗΜ. & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ : Η3 - Ε.Ε. ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
ΠΑΤΗΣΙΩΝ 50
101 70 - ΑΘΗΝΑ
GREECE

Δ Η Λ Ω Σ Η

Σας δηλώνω υπεύθυνα τα ακόλουθα:

1. Τόπος απασχόλησης στην Ελλάδα (αγρότης, κτηνοτρόφος κ.λ.π.)
(Δήμος ή Κοινότητα - Επαρχία - Νομός)
2. Χρόνος απασχόλησης στην Ελλάδα ως αγρότης κ.λ.π από..... μέχρι.....
""
3. Χρόνος στρατιωτικής θητείας απόμέχρι
4. Διαστήματα απουσίας στον Καναδά από μέχρι.....
""
5. Ασφάλιση σε άλλο Ελληνικό Ταμείο (π.χ. ΙΚΑ-ΤΕΒΕ κλπ) από.....
μέχρι..... αρμόδιο Υποκ/μα - Α.Μ.....
6. Χρόνος απασχόλησης σε άλλη χώρα (εκτός Ελλάδας & Καναδά) από
μέχρι.....
(αναφέρεται η τρίτη χώρα)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Με την παρούσα δήλωση συνυποβάλλω φωτοτυπίες της Ελληνικής Αστυνομικής Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου του δικού μου, του-της συζύγου μου και των παιδιών μου ηλικίας μέχρι 18 ετών καθώς και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. (Το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης συνυποβάλλεται μόνο από τους ασφαλισμένους που έχουν οικογενειακή μερίδα ο Καναδάς)

Συνημμένα :

Ημερομηνία:

Ο- Η Δηλ...

Διατηρείται όσο και η σχετική απόφαση

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ *

ΥΠΟΚ/ΜΑ Ι.Κ.Α. : ΚΩΔ. | | | | |
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦ/ΝΟΥ : ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ : | | | | | | | | | |
Ε π ώ ν υ μ ο (κεφαλαία) Ό ν ο μ α (κεφαλαία)
Ό ν ο μ α Πα τ έ ρ α (κεφαλαία) Ό ν ο μ α Μη τ έ ρ α ς (κεφαλαία) Έ τ ο ς Γ έ ν ν η σ η ς
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : | | | | | | | | | |
Π ό λ η - Σ υ ν ο ι κ ί α Ο δ ό ς Α ρ ι θ. Τ η λ έ φ ω ν ο

Ο πιο πάνω ασφαλισμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι έχασα το ασφαλιστικό βιβλιário μου και σας παρακαλώ να φροντίσετε να μου εκδοθεί καινούργιο στο οποίο να καταχωρηθούν όλες οι ημέρες εργασίας που πραγματοποίησα από μέχρι για τις οποίες είχαν κολληθεί ένσημα στο βιβλιário που έχασα.

Οι εργοδότες στους οποίους απασχολήθηκα και με ασφάλισαν είναι οι πιο κάτω :

- 1. (Επίθετο του Εργοδότη ή τίτλος της Επιχ/σης) (Είδος Επιχείρησης)
..... από μέχρι (Διεύθυνση) (Ειδικότητα)
2. (Επίθετο του Εργοδότη ή τίτλος της Επιχ/σης) (Είδος Επιχείρησης)
..... από μέχρι (Διεύθυνση) (Ειδικότητα)
3. (Επίθετο του Εργοδότη ή τίτλος της Επιχ/σης) (Είδος Επιχείρησης)
..... από μέχρι (Διεύθυνση) (Ειδικότητα)

Ο ΔΗΛΩΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ 19

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ - ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι ο ασφαλισμένος με τα πιο πάνω στοιχεία εργάσθηκε στην επιχείρησή μου από μέχρι για (.....) ημέρες και του επικόλλησα τα ανάλογα ένσημα στο ασφαλιστικό βιβλιário του.

στις 19
Ο ΔΗΛΩΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

- Όπως διαπίστωσα α) από τα στοιχεία της υπηρεσίας, δηλαδή
β) από τα στοιχεία που διατηρεί ο εργοδότης δηλαδή
και γ) από τα

ο ασφαλισμένος με τα πιο πάνω στοιχεία εργάσθηκε τις παρακάτω ημέρες για τις οποίες είχαν κολληθεί ένσημα στο χαμένο βιβλιário του.

Ημέρες εργασίας : Κλάδου ασφάλισης : από μέχρι
» » : » » : από μέχρι
» » : » » : από μέχρι

Αριθ. τυποκ. 2003022α Παρ. Α-193/85