

## Δικαιολογητικά Συνταξιοδότησης για το ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ

1. Αίτηση στο Ταμείο για συνταξιοδότηση, με πλήρη στοιχεία (Δ/νση, τηλέφωνο, κλπ.).
2. Βεβαίωση από τη Τράπεζα στην οποία θα αναφέρονται :
  - α) Ημερομηνία πρόσληψης και αποχώρησης του υπαλλήλου από την Τράπεζα, και απαραίτητα ο αριθμός μητρώου του ως ενεργός υπάλληλος ..
  - β) Ημερομηνία έναρξης και λήξης καταβολής εισφοροκρατήσεων στο ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ.
  - γ) Τα τυχόν κενά διαστήματα ασφάλισης στο ΤΑΠΙΛΑΤ-ΑΤ (γονική άδεια, άδεια άνευ αποδοχών, κλπ.)
  - δ) Βεβαίωση των τελευταίων αποδοχών σας (τελευταίου μισθολογικού μήνα). **Η βεβαίωση θα εκδίδεται σύμφωνα με τις οδηγίες του συν/νου εγγράφου μας.**  
Αν στη μισθοδοσία συνυπολογίζεται επιστημονικό επίδομα, θα υποβάλλεται επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου.
3. Επικυρωμένη Απόφαση συνταξιοδότησης κύριου ασφαλιστικού φορέα.

Σε περίπτωση συνταξιοδότησης χωρίς απόφαση του κύριου ασφαλιστικού φορέα, θα υποβάλλεται **ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ** συνολικού συντάξιμου χρόνου από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα, μέχρι και την ημερομηνία αποχώρησης από την Τράπεζα, **ΜΕ ΑΝΑΛΥΣΗ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ**. Απαραίτητα, επίσης, θα αναφέρεται η ημερομηνία θεμελίωσης δικαιώματος πλήρους ή μειωμένης συνταξιοδότησης από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα. (Το πιστοποιητικό δύναται να εκδίδεται σε συνέχεια επιστολής του Ταμείου προς τον Κύριο Φορέα. μετά την κατάθεση της αίτησης συνταξιοδότησης και σχετική αίτηση του ασφαλισμένου).

Σε περίπτωση εξαγοράς χρόνου στρατιωτικής θητείας ή αδειάς άνευ αποδοχών κλπ. στον Κ.Φ., θα υποβάλλεται απόφαση του Κύριου Φορέα και απόδειξη εξόφλησης.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (ισχύς, 6/μηνο από την έκδοση).
5. Πρωτότυπη ή επικυρωμένη βεβαίωση σπουδών για τα παιδιά που σπουδάζουν σε ανώτερες ή ανώτατες σχολές, επισημαίνοντας ότι θα ενημερώνετε το Ταμείο κάθε χρόνο, με νέα βεβαίωση σπουδών. Εάν η βεβαίωση προέρχεται από πανεπιστήμιο του εξωτερικού πρέπει **απαραίτητα** να επισυνάπτεται επίσημη μετάφραση.
6. Φωτοτυπία ταυτότητας και από τις δύο όψεις, επικυρωμένη.
7. Αντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος της φορολογικής δήλωσης του τελευταίου οικονομικού έτους. Σε περίπτωση που υποβάλλεται χωριστή φορολογική δήλωση από τον/την σύζυγο, θα υποβάλλεται παράλληλα υπ. δήλωση Ν.1599/86, ότι δεν έχει λυθεί ο γάμος.
8. Εξουσιοδότηση από το κατάστημα που τηρείτε τον λογαριασμό σας στην ALPHA BANK, για τη μηνιαία πίστωση του βοηθήματος.
  - Σε περίπτωση που δεν τηρείται λογαριασμός, θα πρέπει απαραιτήτως ο βοηθηματούχος ν' ανοίξει λογαριασμό στην ALPHA BANK της περιοχής του.
  - Παράλληλα με την εξουσιοδότηση, η Τράπεζα θα επισυνάπτει απαραιτήτως, την ταυτότητα του λογ/σμού μέσω ON LINE (ΡΛΟΓ)

9. Εξουσιοδότηση για κράτηση 2% υπέρ Συλλόγου Βοηθηματούχων ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ (προαιρετική υποβολή).

10. Όσοι επιθυμούν μπορούν να εξαγοράσουν στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ χρόνο στρατού, σπουδών, τέκνων, ανεργίας και απεργίας.

**Οι όροι- προϋποθέσεις αναγνώρισης με εξαγορά των εν λόγω χρόνων ασφάλισης στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ επισυνάπτονται.**

#### **ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΟΝΤΑΙ Τ' ΑΚΟΛΟΥΘΑ :**

- Σύμφωνα με το Καταστατικό του Ταμείου, από την αποχώρηση από την ενεργό υπηρεσία πρέπει, να υποβάλλονται στο σύνολό τους πρωτότυπα ή επικυρωμένα τα παραπάνω δικαιολογητικά. Το δικαίωμα χορήγησης βοηθήματος ενεργοποιείται έως και έξι μήνες αναδρομικά, κλπ. από την ημέρα που θα υποβληθούν όλα τα δικαιολογητικά, εξαιρουμένου μόνο του πιστοποιητικού χρόνου ασφάλισης ή της απόφασης συντ/σης του Κύριου Φορέα, των οποίων η έκδοση καθυστερεί από τους Κ.Φ. (Η απόφαση συνταξιοδότησης του Κύριου Φορέα η το πιστοποιητικό χρόνου ασφάλισης έχουν προθεσμία υποβολής εντός διμήνου από την έκδοση τους).
- Σε κάθε μεταβολή προσωπικής οικογενειακής κατάστασης κλπ., που επιφέρει μείωση ή διακοπή του βοηθήματός σας να ενημερώνονται εγκαίρως οι υπηρεσίες του Ταμείου.
- Σας ενημερώνουμε επίσης ότι:
  - Οφείλετε εφόσον εκδοθεί από οποιαδήποτε αιτία, τροποποιητική απόφαση συνταξιοδότησης από τον Κύριο Φορέα να υποβάλλετε άμεσα επικυρωμένο αντίγραφο στο Ταμείο.
  - Για όσους συνταξιοδοτούνται με πιστοποιητικό χρόνου ασφάλισης, οφείλουν όταν εκδοθεί απόφαση συνταξιοδότησης από τον Κύριο Φορέα να υποβάλλουν άμεσα επικυρωμένο αντίγραφο απόφασης συνταξιοδότησης στο Ταμείο.

#### **Συν/να έντυπα :**

- Αίτηση συντ/σης
- Υπεύθυνη Δήλωση Νο 1
- Δήλωση-Αίτηση (για ασφαλισμένους στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ από 13.3.91)
- Εξουσιοδότηση Λογ/σμού
- Υπόδειγμα για έκδοση βεβαίωσης από την Τράπεζα.
- Εξουσιοδότηση υπέρ Συλλόγου Βοηθηματούχων (προαιρετική υποβολή).

**Υ.Γ:** Τα δικαιολογητικά συνταξιοδότησης υποβάλλονται **ΜΕΤΑ** την αποχώρηση από την ενεργό υπηρεσία και με ημερομηνία **ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ** της αποχώρησης.

**Η επισήμανση κρίνεται απαραίτητη, διότι παρατηρείται υποβολή δικαιολογητικών πριν την αποχώρηση από τις υπηρεσίες των Τραπεζών.**

**ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ  
ΕΞΑΓΟΡΩΝ, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΤΕ ΚΑΙ ΣΤΟ  
WEBSITE ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ: [www.tapiltat.gr](http://www.tapiltat.gr)**

## **ΕΞΑΓΟΡΕΣ ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ**

### **Όροι-προϋποθέσεις αναγνώρισης , με εξαγορά , χρόνου ασφάλισης στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ**

#### **A. Γενικά.**

- Η εξαγορά μπορεί να γίνει για ολόκληρο τον χρόνο που δύναται να αναγνωρισθεί ή για μέρος αυτού, κατά την επιλογή του ασφαλισμένου.
- Ο ανώτατος χρόνος εξαγοράς στις περιπτώσεις της παρ. Β του αρ. 3 του παρόντος Κανονισμού δε μπορεί να υπερβεί τις **2.100 (Η.Ε.)**.
- Η αναγνώριση γίνεται και για θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος και για προσαύξηση της σύνταξης.
- Ο χρόνος που αναγνωρίζεται από εξαγορά, είτε για θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος , είτε για προσαύξηση, δεν μπορεί να επικαλύπτεται με χρόνο εργασίας ή χρόνο άλλης εξαγοράς. Δεν ισχύει η παράλληλη ασφάλιση με εργασία ή άλλη εξαγορά.
- Όλα τα υποβαλλόμενα από τον ασφαλισμένο δικαιολογητικά θα πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα.

#### **B. Χρόνοι εργασίας που μπορούν να εξαγοραστούν.**

1. Χρόνος στρατιωτικής θητείας .
2. Χρόνος σπουδών (ΑΕΙ ή ΤΕΙ και μεταπτυχιακοί τίτλοι).
3. Πλασματικός χρόνος παιδιών.
4. Ανεργίας .
5. Απεργίας.

#### **Γ. Αναγνωριζόμενος χρόνος – Όροι – προϋποθέσεις – Δικαιολογητικά.**

##### **1) Χρόνος στρατιωτικής θητείας**

Αναγνωρίζεται ο χρόνος της υποχρεωτικής στρατιωτικής υπηρεσίας και όχι ο χρόνος εφεδρείας ή ο χρόνος οποιασδήποτε άλλης παράτασης της στρατιωτικής υπηρεσίας .

##### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Αίτηση .

Πιστοποιητικό Στρατολογίας τύπου Α .

Υ/Δ Ν.1599 ότι δεν το έχει αναγνωρίσει το χρονικό αυτό διάστημα σε άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης.

Ανώτατος αναγνωριζόμενος χρόνος ο εκάστοτε ισχύων υποχρεωτικός χρόνος στρατιωτικής θητείας.

Ο αναγνωρίσιμος χρόνος στρατιωτικής θητείας **κατ εξαίρεση είναι 30 Η.Ε. ανά μήνα ή 360 Η.Ε. ανά έτος.**

##### **2) Χρόνος Σπουδών.**

Αναγνωρίζεται ο υποχρεωτικός χρόνος σπουδών για λήψη πτυχίου ή μεταπτυχιακού τίτλου. Για πτυχία εξωτερικού **και μόνον** απαιτείται εκτός της επίσημης μετάφρασης του πτυχίου και πιστοποιητικό ισοτιμίας ή οποιοδήποτε επίσημο έγγραφο που αναγνωρίζει το πτυχίο και του δίνει την ισοτιμία με Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή MASTER κ.λ.π.

##### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Αίτηση .

Βεβαίωση Σχολής

Πτυχίο-Πιστοποιητικό αναγνώρισης ή και ισοτιμίας όπου χρειάζεται.

Υ/Δ Ν.1599 ότι δεν το έχει αναγνωρίσει το χρονικό αυτό διάστημα σε άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης.

##### **3) Πλασματικός χρόνος παιδιών**

Αναγνωρίζονται 300 Η.Ε. για το πρώτο παιδί

600 Η.Ε. για το δεύτερο παιδί και

600 Η.Ε. για το τρίτο παιδί.

Ανώτατος χρόνος αναγνώρισης γι' αυτή την κατηγορία: 900 Η.Ε.

##### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Αίτηση.

Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

Υ/Δ Ν.1599 ότι δεν το έχει αναγνωρίσει το χρονικό αυτό διάστημα σε άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης.

#### 4) Χρόνος ανεργίας.

Αναγνωρίζεται ο χρόνος ανεργίας μετά την αρχική ασφάλιση και εφόσον υπάρχουν κενά ασφάλισης. Στην ίδια κατηγορία υπάγονται ( με εξαγορά στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ ) και τα χρονικά διαστήματα επιδοτούμενης ανεργίας μέσω π.χ. ΟΑΕΔ, κ.λ.π.

**Ανώτατος χρόνος αναγνώρισης γι' αυτή την κατηγορία 600 Η.Ε.**

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Αίτηση.

Υ/Δ Ν.1599 ότι δεν το έχει αναγνωρίσει το χρονικό αυτό διάστημα σε άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης.

Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα όλων των ενσήμων ή προσκόμιση των πρωτοτύπων , τουλάχιστον για τα χρονικά διαστήματα, για τα οποία θα προκύπτουν το κενό ή τα κενά ασφάλισης.

#### 5) Χρόνος απεργίας.

Αναγνωρίζεται ο χρόνος απεργίας εφόσον υπάρχει ταυτόχρονα προκήρυξη απεργίας από επίσημο συνδικαλιστικό φορέα και κενό ασφάλισης (Η.Ε.) που προκύπτει λόγω παρακράτησης των αντίστοιχων ημερομισθίων από τον εργοδότη.

**Ανώτατος χρόνος αναγνώρισης γι' αυτή την κατηγορία 300 Η.Ε.**

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Αίτηση.

Υ/Δ Ν.1599 ότι δεν το έχει αναγνωρίσει το χρονικό αυτό διάστημα σε άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης

Βεβαίωση Συνδικαλιστικού φορέα για τις ημέρες απεργίας

Επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των ενσήμων ή προσκόμιση των πρωτοτύπων, για τα κενά ασφάλισης.

### **Μισθός εξαγοράς – Ποσοστό εξαγοράς – Τρόποι και όροι εξόφλησης.**

Ο τελευταίος πλήρης μισθός επί του οποίου αποδόθηκαν οι εισφορές στο ΤΑΠΙΛΤ-ΑΤ αποτελεί το μισθό επί του οποίου υπολογίζεται η εξαγορά.

Ποσοστό εξαγοράς 7% για όλες τις κατηγορίες.

**Η αίτηση εξαγοράς θα γίνεται το αργότερο ταυτόχρονα με την αίτηση συνταξιοδότησης.** Το ποσό υπολογίζεται από τις υπηρεσίες του Ταμείου και εκδίδεται απόφαση εξαγοράς που κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο.

Η εξόφληση / καταβολή της εξαγοράς θα γίνεται με τους κάτωθι τρόπους:

- Εφάπαξ εξόφληση : έκπτωση 15%
- Εξόφληση σε 6 ( έξι ) μηνιαίες δόσεις : έκπτωση 5%
- Εξόφληση σε 12 ( δώδεκα ) μηνιαίες δόσεις : έκπτωση 0%

**ΟΙ (ΚΑΤ'ΕΙΔΟΣ) ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΥΠΕΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΜΑΣ, ΕΠΙΣΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΣΤΟ SITE ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ [www.tapiltat.gr](http://www.tapiltat.gr)**

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΜΗΝΙΑΙΟΥ**  
**ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ**

Μετά από Αποχώρησή μου λόγω:

Παραίτησης  
Γήρατος  
Αναπηρίας



Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού  
Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας  
& Άλλων Τραπεζών  
Ευπόλιδος 8  
Αθήνα, 105 51

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος (συμπλ. ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Επώνυμο: .....

Όνομα : .....

Όν.Πατέρα : .....

Όν.Συζύγου. : .....

Α.Μ. Τράπεζας .....

Α.Δ.Τ. : .....

Α.Φ.Μ. : .....

Δ.Ο.Υ. : .....

Διεύθυνση : .....

(οδός - αριθμός - Τ.Κ. - Πόλη)

Τηλέφωνα .....

Κύριοι,

Με τη παρούσα σας ενημερώνω ότι, την .....<sup>(1)</sup>  
αποχώρησα από την υπηρεσία της Τράπεζας  
.....<sup>(2)</sup>  
λόγω .....<sup>(3)</sup>

Ως εκ τούτου, σας παρακαλώ για την απονομή του  
δικαιούμενου **επικουρικού βοηθήματος** σύμφωνα  
με τις ισχύουσες διατάξεις, το Καταστατικό του  
ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ και τις αποφάσεις του Δ.Σ., τις  
οποίες δηλώνω ότι γνωρίζω και αποδέχομαι  
ανεπιφύλακτα.

Επίσης, (παρακαλούμε επιλέξτε)

Δηλώνω ότι επιθυμώ : ΝΑΙ  ΟΧΙ

να κάνω χρήση των σχετικών διατάξεων περί  
**Διαδοχικής Ασφάλισης (Ν. 4225/2014)** και σας  
αναφέρω παρακάτω στοιχεία των εργοδοτών μου  
καθώς και ιστορικό της Επικουρικής μου  
Ασφάλισης.

α/α	Επωνυμία Εργοδότη	Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης	Περίοδος Υπαγωγής (μήνας/Έτος)	
			Από	Έως
1				
2				
3				
4				
5				

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Αιτών(-ούσα) και  
Δηλών(ούσα)

(1): Αναφέρεται η ακριβής ημερομηνία αποχώρησής σας

(2): Αναφέρεται η ακριβής επωνυμία της Τράπεζας

(3): Αναφέρεται η αιτία αποχώρησής (Παραίτηση, Γήρατος, Αναπηρίας.)

.....  
(Υπογραφή και ολογράφως)

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΜΗΝΙΑΙΟΥ**  
**ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ**

Μετά από Αποχώρηση μου λόγω:

Καταγγελίας σύμβασης



**Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού**  
**Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας**  
**& Άλλων Τραπεζών**  
**Ευπόλιδος 8**  
**Αθήνα, 105 51**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος (συμπλ. ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Επώνυμο: .....

Όνομα : .....

Όν.Πατέρα : .....

Όν.Συζύγου. : .....

Α.Μ. Τράπεζας .....

Α.Δ.Τ. : .....

Α.Φ.Μ. : .....

Δ.Ο.Υ. : .....

Διεύθυνση : .....

.....  
(οδός - αριθμός - Τ.Κ. - Πόλη)

Τηλέφωνα .....

.....

Κύριοι,

Με τη παρούσα σας ενημερώνω ότι, την .....<sup>(1)</sup>  
αποχώρησα από την υπηρεσία της Τράπεζας  
.....<sup>(2)</sup>  
λόγω καταγγελίας της σύμβασής μου.

Ως εκ τούτου, σας παρακαλώ για την απονομή του  
δικαιούμενου **επικουρικού βοηθήματος** σύμφωνα  
με τις ισχύουσες διατάξεις, το Καταστατικό του  
ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ και τις αποφάσεις του Δ.Σ., τις  
οποίες δηλώνω ότι γνωρίζω και αποδέχομαι  
ανεπιφύλακτα.

Επίσης, (παρακαλούμε επιλέξτε)

Δηλώνω ότι επιθυμώ : ΝΑΙ  ΟΧΙ

να κάνω χρήση των σχετικών διατάξεων περί  
**Διαδοχικής Ασφάλισης (Ν. 4225/2014)** και σας  
αναφέρω παρακάτω στοιχεία των εργοδοτών μου  
καθώς και ιστορικό της Επικουρικής μου  
Ασφάλισης.

α/α	Επωνυμία Εργοδότη	Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης	Περίοδος Υπαγωγής (μήνας/Έτος)	
			Από	Έως
1				
2				
3				

**Σας ενημερώνω εφόσον υφίσταται ή ανακύψει δικαστική διένεξη με την ως άνω Τράπεζα, αναλαμβάνω την υποχρέωση να σας ενημερώνω για την εξέλιξη, της εν λόγω δικαστικής διένεξης, εγγράφως υποβάλλοντας τα σχετικά δικόγραφα.**

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Αιτών(-ούσα) και

Δηλών(ούσα

.....  
(Υπογραφή και ολογράφως)

(1): Αναφέρεται η ακριβής ημερομηνία αποχώρησής σας

(2): Αναφέρεται η ακριβής επωνυμία της Τράπεζας



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ( 1 )**

1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ : .....  
(Σε περίπτωση ασφάλισης στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ μέσω περισσότερων της μιας Τράπεζας, να αναφέρονται όλοι οι Αρ.Μητρώου)
2. Α Μ Κ Α : .....
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : .....
4. Α. Δ. Τ. : .....
5. ΕΠΩΝΥΜΟ : .....
6. ΟΝΟΜΑ : .....
7. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ : .....
8. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ : .....
9. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ : .....
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ : .....
11. ΕΠΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ : .....
12. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ : ..... ΑΡΙΘΜΟΣ : .....  
ΠΟΛΗ : ..... ΠΕΡΙΟΧΗ : ..... Τ.Κ. : .....
13. ΤΗΛΕΦΩΝΑ : ΣΠΙΤΙΟΥ : ....., ΚΙΝΗΤΟ : .....
14. Δ. Ο. Υ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ : ..... ΑΦΜ : .....
15. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : .....  
(Έγγαμος/η – άγαμος/η – χήρος/α – διαζευγμένος/η )
16. ΣΕ ΠΕΡΙΤΠΩΣΗ ΧΡΕΙΑΣ Η ΔΙΑΖΕΥΚΤΗΡΙΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΕΙ:  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ / ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ : .....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΙΑΖΕΥΚΤΗΡΙΟΥ : .....
17. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΑΙ ΕΠΙΔΟΜΑ  
(Σε περίπτωση διαζευγμένων αναφέρονται τα τέκνα των οποίων έχετε την επιμέλεια με δικαστική απόφαση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/ΑΓΑΜΟΣ
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

18. Ενημερώθηκα για τον κανονισμό εξαγορών και δηλώνω ότι:

A1 Επιθυμώ την εξαγορά χρόνου στρατιωτικής θητείας.

A2 Επιθυμώ την εξαγορά χρόνου σπουδών.

A3 Επιθυμώ την εξαγορά πλασματικού χρόνου παιδιών.

A4 Επιθυμώ την εξαγορά χρόνου ανεργίας.

A5 Επιθυμώ την εξαγορά χρόνου απεργίας.

B1 Δεν επιθυμώ εξαγορά.

19. Έχετε εργαστεί ή εργάζεστε μετά την διακοπή της ασφάλισής σας στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ:

**A) Δεν εργάζομαι** σε Τράπεζα ή Όμιλο Τραπεζών, το προσωπικό των οποίων ασφαρίζεται στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.

**B) Δεν εργάζομαι** σε οποιονδήποτε άλλο εργοδότη.

**Γ) Εργάζομαι** από ..... έως ..... στην Τράπεζα ..... η οποία ασφαρίζει μέρος η σύνολο του προσωπικού της στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.

**Δ) Εργάζομαι** στον εργοδότη..... από ..... , έως ..... και για την εργασία μου αυτή είμαι ασφαλισμένος στο Επικουρικό Ταμείο με την επωνυμία.....

Δηλώνω επίσης ότι , ενημερώθηκα ,λεπτομερώς , από το Ταμείο για τους εξής όρους και προϋποθέσεις που σχετίζονται με την απονομή του αιτούμενου βοηθήματος , σε περίπτωση που δικαιωθώ αυτού :

\* Η καθυστέρηση ενημέρωσης του Ταμείου , για ορισμένο χρονικό διάστημα , με στοιχεία που οδηγούν σε αναστολή ή οριστική λήξη του βοηθήματός μου από προηγούμενο χρονικό σημείο,( για τα οποία στοιχεία ενημερώθηκα λεπτομερώς από το Ταμείο ) , συνεπάγεται :

α) Σε περίπτωση αναστολής , ετεροχρονισμό καταβολής του βοηθήματος , για ισόποσο χρονικό διάστημα , μετά το χρονικό σημείο απόκτησης δικαιώματος επανέναρξης καταβολής του βοηθήματος .

β) Σε περίπτωση οριστικής λήξης την άμεση επιστροφή των αχρεωστήτως καταβληθέντων βοηθημάτων , με πίστωση του λογαριασμού του ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ στην ALPHA BANK .

\* Στην περίπτωση που εκδοθεί νέα απόφαση συνταξιοδότησης , για οποιοδήποτε λόγο , από τον κύριο ασφαλιστικό μου φορέα , αναλαμβάνω την υποχρέωση να την προσκομίσω άμεσα στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ .

\* Σε περίπτωση που αναλάβω εργασία σε κάποια από τις παρακάτω Τράπεζες, **ΟΦΕΙΛΩ να ΕΝΗΜΕΡΩΣΩ άμεσα το ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.**

**Τράπεζες:**

ALPHA BANK (πρώην Ιονική)

EFG EYROBANK – ERGASIAS (πρώην Εργασίας, πρώην Κρήτης, πρώην Αθηνών)

ΠΕΙΡΑΙΩΣ (πρώην Μακεδονίας – Θράκης, πρώην Κεντρικής Ελλάδος)

ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ( πρώην Εθνική Στεγαστική, πρώην Εθνοκάρτα, πρώην ΕΤΕΒΑ)

\* Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιώ αμέσως στο ΤΑΠΙΑΤ-ΑΤ εγγράφως και με τα σχετικά δικαιολογητικά κάθε μεταβολή των παραπάνω στοιχείων .

\* Σε περίπτωση αρχικής ή μεταγενέστερης ψευδούς δηλώσεως ή μη έγκαιρης γνωστοποίησης στο Ταμείο οποιασδήποτε μελλοντικής αλλαγής επί των πιο πάνω στοιχείων , το Ταμείο επιφυλάσσεται για την λήψη κάθε νόμιμου μέτρου προστασίας των συμφερόντων του .

Η Μ Ε Ρ Ο Μ Η Ν Ι Α .....

Ο Δ Η Λ Ω Ν / Η Δ Η Λ Ο Υ Σ Α

.....

**Να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια Δημόσια αρχή .**

**ΔΗΛΩΣΗ – ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΓΙΑ ΕΞΑΓΟΡΑ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ**  
**ΜΕΤΑ ΤΙΣ 13 / 03 / 1991**

Ο/Η παρακάτω υπογραφόμενος/η .....  
Του ..... δικαιούχος του / της πρώην υπάλληλου  
..... της Τράπεζας .....  
με Α.Μ. .... , έχω λάβει γνώση του άρθρου 24 παρ. 1β του καταστατικού του  
ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Επιθυμώ την καταβολή του βοηθήματος για όσα χρόνια είχε ασφαλισθεί ο/η αποβιώσας/ουσα στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ και έχουν καταβληθεί οι αντίστοιχες εισφορές.

2. Επιθυμώ να εξαγοράσω ..... μήνες από τον υφιστάμενο χρόνο ασφάλισης του στον Κύριο Φορέα ( για τον οποίο δεν ασφαλίστηκε στο Ταμείο σας), σύμφωνα με τις διατάξεις του Καταστατικού του ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.

3. Επιθυμώ να εξαγοράσω ..... μήνες ( κλάσμα μηνών ) για την στρογγυλοποίηση των ετών του στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ ( σε ακέραια έτη ) .

Παρακαλώ να με ενημερώσετε για το ποσό και τον τρόπο καταβολής της παραπάνω εξαγοράς.

Ημερομηνία .....  
Ο/Η αιτ..... / Δηλ .....

Υπογραφή.....

Σημείωση: Συμπληρώστε το ανάλογο τετραγωνάκι.

### ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Αποδεχόμενος/η όπως πιστώνεται ο επ' ονόματί μου λογαριασμός στην ALPHA BANK με τα ποσά των μηνιαίων βοηθημάτων, αναδρομικών, παροχών κ.λ.π. που δικαιούμαι, σας παρέχω με την παρούσα που κοινοποιώ και στην ALPHA BANK την ανέκκλητη, ως αφορώσα και το δικό σας συμφέρον πληρεξουσιότητα, όπως σε περίπτωση πιστώσεως κατόπιν εντολή σας, του επ' ονόματί μου λογαριασμού στην ALPHA BANK με ποσό που δεν μου οφείλετε (λόγω παραδρομής ή θανάτου ή λάθους της υπηρεσίας σας), να αναλαμβάνετε το ποσό αυτό ή να ζητείτε με εντολή σας προς την ALPHA BANK να πιστώνεται με το ανάλογο ποσόν ο λογαριασμός σας που τηρείτε σε αυτή χρεώνοντας αντίστοιχα τον παραπάνω λογαριασμό μου.

Η παρούσα πληρεξουσιότητά μου ισχύει και μετά τον θάνατό μου, η δε ALPHA BANK παραγγέλλεται να καταβάλει στο Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας και Άλλων Τραπεζών ή να φέρει σε πίστωση του λογαριασμού του με χρέωση του λογαριασμού μου ακόμα και μετά τον θάνατο μου, κάθε ποσό το οποίο ήθελε ζητήσει το ΤΑΠΙΛΤ – ΑΤ, ως αχρεωστήτως καταβληθέν σε μένα.

Αντίγραφο της παρούσης παρελήφθη από  
το κατάστημα .....

.....  
(Τόπος – Ημερομηνία)

Κωδικός .....της ALPHA BANK  
Οι παραλαβόντες (2 υπογραφές)

Ο / Η Εξουσιοδοτ.....  
( υπογραφή)

.....  
Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής του/της

.....  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ALPHA BANK

ΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΕΩΣ : .....

(ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ)

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ : .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ALPHA BANK

.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ IBAN ΛΟΓ/ΣΜΟΥ ALPHA BANK

ΠΡΟΣ Ο Χ Η : **Παρακαλούνται οι λειτουργοί της Τράπεζας κάτω από τις υπογραφές να θέτουν τις ατομικές τους σφραγίδες και να επισυνάπτουν Α Π Α Ρ Α Ι Τ Η Τ Ω Σ έντυπο Ρ Λ Ο Γ & Ι Β Α Ν μέσω Ο Ν Λ Ι Ν Ε για επιβεβαίωση των δικαιούχων του λογ-σμού .**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ**  
**ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΓΟΔΟΤΡΙΕΣ ΤΡΑΠΕΖΕΣ**

Για την καταβολή του επικουρικού βοηθήματος, η εργοδότη Τράπεζα οφείλει να χορηγεί βεβαίωση στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ στην οποία θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

1. Η **αιτία αποχώρησης από την Τράπεζα** (παραίτηση , όριο ηλικίας, καταγγελία σύμβασης, προσωρινή συνταξιοδότηση, κλπ.)
2. Ημερομηνία πρόσληψης και αποχώρησης του υπαλλήλου από την Τράπεζα και απαραίτητα ο **αριθμός μητρώου του** ως εν ενεργεία.  
**Σε περίπτωση που υπάρχει παλιός και νέος Αριθμός Μητρώου, πρέπει απαραίτητως να αναφέρονται και οι δύο.**
3. **Ημερομηνία έναρξης και λήξης καταβολής των εισφοροκρατήσεων στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ.**
4. **Τα τυχόν κενά διαστήματα ασφάλισης** στο ΤΑΠΙΑΤ – ΑΤ, όπως (γονική άδεια, άδεια άνευ αποδοχών, κλπ.).
5. **Βεβαίωση αποδοχών του τελευταίου μισθολογικού μήνα**, με ανάλυση όλων των καταβαλλομένων επιδομάτων, κλπ. εφόσον εφαρμόζεται ΣΣΕ ΟΤΟΕ – ΤΡΑΠΕΖΩΝ.  
**Ειδικά για τους αμειβόμενους με ενιαίο μισθό:**  
Είναι απαραίτητο να αναφέρεται ο βαθμός υπαλλήλου π.χ. Διευθυντής, κ.λπ. ή η κατηγορία προσωπικού που ανήκει π.χ. Καθαρίστρια κατ 3, εφόσον δεν υπάρχει βαθμός:  
Κύριο Προσωπικό :Κατηγορία 1  
Βοηθητικό Προσωπικό :Κατηγορία 2  
Προσωπικό Καθαριότητας :Κατηγορία 3  
Επισημαίνεται επίσης ότι, εφόσον υπάρχει ανάλυση των τελευταίων αποδοχών του υπαλλήλου, είναι απαραίτητο να αναφέρεται.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΤΟΥ ΤΑΠΙΑΤ - ΑΤ

Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού  
Ιονικής – Λαϊκής Τράπεζας  
& Άλλων Τραπεζών  
Ευπόλιδος 8 Αθήνα, 105 51



## ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος / η .....  
Δηλώνω ότι παρέλαβα στις ..... από το ΤΑΠΙΛΤ – ΑΤ  
πίνακα των δικαιολογητικών που απαιτούνται για την εξέταση του  
συνταξιοδοτικού μου δικαιώματος και τα αντίστοιχα έντυπα.

Δηλώνω επίσης, ότι ενημερώθηκα, λεπτομερώς, από τις υπηρεσίες του  
Ταμείου, για όλους ανεξαιρέτα τους όρους απονομής επικουρικής σύνταξης,  
καθώς και για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των ασφαλισμένων και  
συνταξιούχων.

Αθήνα , .....

Ο / Η παραλαβ.....

.....

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Απαραίτητη προϋπόθεση για θεμελίωση δικαιώματος  
παραλαβής του πιο πάνω πίνακα δικαιολογητικών και των αντίστοιχων  
εντύπων από τους ασφαλισμένους είναι η προηγούμενη αποχώρηση τους  
από τον εργοδότη, μέσω του οποίου ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΑΠΙΛΤ – ΑΤ.  
Η αποχώρηση πρέπει να προκύπτει από σχετική βεβαίωση του εργοδότη.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ( 2 )**

**ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Η' ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....του  
.....σας δηλώνω ότι, ο συντάξιμος χρόνος (ημέρες ασφάλισης) στον Κύριο Ασφαλιστικό μου Φορέα , την ημερομηνία κατά την οποία αποχώρησα από την υπηρεσία μου στην Τράπεζα ....., είναι όπως αναφέρεται στην..... βεβαίωση ή την προσωρινή απόφαση που σας έχω προσκομίσει , από τον κύριο ασφαλιστικό μου φορέα.....,για την θεμελίωση δικαιώματος και τον υπολογισμό επικουρικού βοηθήματος από το Ταμείο σας , η οποία εκδόθηκε σε συνέχεια του υπ' αριθμ. Πρωτ ..... εγγράφου σας/μου προς τον Κύριο Φορέα ( Ι Κ Α - ΕΤΑΜ κ.λ.π).

Επίσης, δηλώνω ότι στην παραπάνω βεβαίωση/προσωρινή απόφαση :

**ΔΕΝ περιλαμβάνεται :**

Χρόνος παράλληλης ασφάλισης,

Χρόνοι από εξαγορά στρατιωτικής θητείας, εξαγορά χρόνου σπουδών, γονικής αδειάς κ.λ.π.

Χρόνος ασφάλισης που διανύθηκε στην αλλοδαπή .

Χρόνοι ασφάλισης που προκύπτουν από αναγνώριση χωρίς εξαγορά η πλασματικοί χρόνοι που αναγνωρίζονται δωρεάν (π.χ. χρόνος στρατιωτικής εφεδρείας, χρόνος επιδότησης ανεργίας κ.λ.π.)

**Περιλαμβάνεται :**

- Χρόνος παράλληλης ασφάλισης ,
- Χρόνοι από εξαγορά στρατιωτικής θητείας, εξαγοράς χρόνου σπουδών, γονικής αδειάς κ.λ.π.
- Χρόνος ασφάλισης που διανύθηκε στην αλλοδαπή .
- Χρόνοι ασφάλισης που προκύπτουν από αναγνώριση χωρίς εξαγορά η πλασματικοί χρόνοι που αναγνωρίζονται δωρεάν (π.χ. χρόνος στρατιωτικής εφεδρείας, χρόνος επιδότησης ανεργίας κ.λ.π.)

  
  
  

Σε περίπτωση που ήθελε προκύψει εκ των υστέρων, ότι δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα ο αναφερόμενος στην παραπάνω βεβαίωση χρόνος (ημέρες) ασφάλισής μου, βάσει του οποίου θεμελιώθηκε το δικαίωμα και υπολογίζεται ή θα υπολογισθεί το μηνιαίο επικουρικό βοήθημα που χορηγείται , ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ και εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου περί ψευδούς δηλώσεως , ότι υποχρεούμαι να : **ΕΠΙΣΤΡΕΨΩ ΕΝΤΟΚΩΣ στο ΤΑΠΙΑΤ - ΑΤ τυχόν αχρεωστήτως καταβληθέντα βοηθήματα .**

.....  
( Τόπος - Ημερομηνία )

Ο / Η Δηλ.....

(υπογραφή).....

(Όνομ. Ολογράφως).....

**Σημείωση : Να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια Δημόσια αρχή .**

**Δεν υποβάλλεται μόνο σε περίπτωση Οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης Κύριου Φορέα.**

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η Υπογράφων/ουσα ..... ΤΟΥ  
..... πρώην υπάλληλος της Τράπεζας.....  
σας εξουσιοδοτώ ρητά μέχρι την οριστική ρύθμιση του θέματος, να παρακρατείτε  
ποσοστό 4% επί της εκάστοτε μισθωτικής επικουρικής μου σύνταξης από το Ταμείο σας  
και να το αποδίδετε στο ΝΠΔΔ με την επωνυμία Ε.Ο.Π.Υ.Υ (π.ΤΑΥΤΕΚΩ) καθώς και  
να εκδοθεί βεβαίωση για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (π.ΤΑΥΤΕΚΩ).

Τόπος.....

Ημερομηνία.....

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα .....



**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 (Email):				

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(4)

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ.

(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.