ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΚΑ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ
Δ Ι Ο Ι Κ Η Σ Η
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΑΣΦ/ΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ - ΕΣΟΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ : ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ
Ταχ. Διεύθυνση : Αγ. Κων/νου 8
10241 **ΑΘΗΝΑ**
Πληροφορίες : Μ. Προδρομίδου
Αριθ. τηλεφώνου : 210 52 15 261
FAX : 210 52 23 228
E – mail* : *asfika@otenet.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα 24/4/2013

Αριθμ. Πρωτ.
Α23/596/3

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ΠΡΟΣ:
Τους Αποδέκτες του Πίνακα Α΄

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :
Ως ο συνημμένος πίνακας διανομής

ΘΕΜΑ : «Προαιρετική συνέχιση της ασφάλισης των μέχρι 31/12/1992 ασφαλισμένων σε Φορείς ή Κλάδους Κύριας Ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, που εντάχθηκαν στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3029/2002 και του άρθρου 1 του Ν.3655/2008» Συμπληρωματικές οδηγίες – Διευκρινήσεις – Αλλαγή ως προς την αρμοδιότητα.

ΣΧΕΤ. : Εγκ. 70/2012 Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.

Με την ανωτέρω σχετική Εγκύκλιο κοινοποιήσαμε τις διατάξεις ***των εδαφίων α, β, γ, δ*** και ***ε της παρ. 14 του άρθρου 26 του Ν.4075/2012*** και την κατά εξουσιοδότηση αυτού εκδοθείσα ***Φ80000/οικ.10197/686/3-5-2012*** απόφασης Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και παρείχαμε οδηγίες για την εφαρμογή τους, ορίζοντας, μεταξύ άλλων, ως αρμόδια Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. για την διεκπεραίωση των σχετικών αιτημάτων τα Τοπικά Υποκαταστήματα Ασφαλισμένων των Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων.

Με το παρόν τροποποιούμε την ανωτέρω ως προς την αρμοδιότητα και συγκεκριμένα ***για όλες τις εκκρεμείς αιτήσεις, αρμοδιότητα διεκπεραίωσης έχουν τα Τοπικά Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. τόπου κατοικίας των ενδιαφερομένων αιτούντων.***

Κατ΄ εξαίρεση αρμοδιότητα διεκπεραίωσης αιτημάτων συνέχισης προαιρετικά της ασφάλισης στους Εντασσόμενους Κλάδους Κύριας και Επικουρικής Σύνταξης του τ. Τ.Σ.Ε.Α.Π.Γ.Σ.Ο εξακολουθεί να έχει το Τοπικό Υποκατάστημα Ασφαλισμένων του Εντασσόμενου Κλάδου Τ.Σ.Ε.Α.Π.Γ.Σ.Ο..

Υπενθυμίζουμε ότι το προαναφερθέν τέως Ταμείο, είναι το μόνο στο καταστατικό του οποίου προβλεπόταν η συνέχιση προαιρετικά της ασφάλισης στους Κλάδους Κύριας και Επικουρικής Σύνταξης αυτού, σύμφωνα με τις διατάξεις ***της παρ.6, άρθρου 13 του καταστατικού του.*** *Οδηγίες έχουν δοθεί με την υπ΄ αριθμό* ***61/2008 Εγκύκλιο*** *της Διεύθυνσής μας, πλην όμως αιτήματα ενδιαφερομένων για υπαγωγή στις διατάξεις είτε* ***της παρ. 14 του άρθρου 26 του Ν.4075/2012,*** *είτε* ***της παρ.6, άρθρου 13 του καταστατικού του τέως Ταμείου,*** *πρέπει να κρατηθούν σε εκκρεμότητα μέχρι να αποφανθεί αν ισχύουν ταυτόχρονα οι ανωτέρω διατάξεις προαιρετικής συνέχισης της ασφάλισης στους Εντασσόμενους στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδους Κύριας και Επικουρικής Σύνταξης του τ. Τ.Σ.Ε.Α.Π.Γ.Σ.Ο., οπότε οι ενδιαφερόμενοι δύναται να ασκήσουν επιλογή, ή αν κατισχύει μία εκ των προαναφερόμενων διατάξεων.*

Επιπροσθέτως, στα συνυποβαλλόμενα με την σχετική ***Αίτηση (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1)*** δικαιολογητικά πρέπει να προστεθεί ***Βεβαίωση Χρόνου Ασφάλισης (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2),*** * η οποία θα χορηγείται από τα Τοπικά Υποκαταστήματα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Ασφαλισμένων των Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων, αναλόγως, κατόπιν αιτήματος των ενδιαφερομένων, ώστε, οι συνάδελφοι στα Τοπικά Υποκαταστήματα τόπου κατοικίας να μπορούν να αποφανθούν σχετικά με το αν πληρείται η προϋπόθεση των **3.000** Η.Α., *ανεξάρτητα από τον χρόνο υποβολής της αίτησης,* ή **500** Η.Α. *με υποβολή αιτήματος εντός προθεσμίας 12 μηνών από την τελευταία ημέρα ασφάλισης στο Εντασσόμενο Ταμείο και Κλάδο.*

Μετά από την συγκέντρωση των απαιτούμενων δικαιολογητικών πρέπει να σχηματίζεται ατομικός φάκελος.

Επιπλέον προκειμένου να κριθεί το θέμα της υπαγωγής ή μη στην εν λόγω προαιρετική ασφάλιση του Ν.4075/2012, ***άμεσα***, μετά την λήψη του αιτήματος πρέπει να διαβιβάζεται σχετικό ***Υπηρεσιακό Σημείωμα*** στην Τοπική Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προκειμένου να κριθεί αν ο αιτών είναι ανάπηρος κατά την έννοια των διατάξεων του ***άρθρου 49 του Ν.2084/92, ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω.***

Επισημαίνουμε ότι, η αναφορά της σελ. 4 της ***Εγκ. 70/2012*** *(στοιχείο* ***β΄*** *στις εξαιρέσεις)* στο οριζόμενο από τις διατάξεις του ***στοιχείου β΄ της παρ. 5 του άρθρου 28 του Α.Ν. 1846/1951*** ποσοστό αναπηρίας **67%** ***(66,66%)*** δεν ισχύει. Ομοίως δεν ισχύει το στοιχείο **α΄** στις εξαιρέσεις.

Επιπλέον, διευκρινίζουμε ότι, στην Υ.Δ. του ***Ν.1599/86*** στην οποία ζητάμε από τους αιτούντες να μας δηλώσουν ότι δεν είναι συνταξιούχοι από ίδιο δικαίωμα και δεν είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι, εννοούμε υποχρεωτικά ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ ή σε άλλο φορέα ασφάλισης μισθωτών, λόγω παροχής εξαρτημένης εργασίας και όχι φορέα ασφάλισης αυτοτελώς απασχολούμενων.

Έτσι ασφαλισμένος λόγω ιδιότητας, σε φορέα κύριας ασφάλισης *(π.χ. Ο.Α.Ε.Ε., Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.)* δύναται παράλληλα να υπαχθεί στην προαιρετική του ***Ν.4075/2012.***

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :

Κατ΄ εξαίρεση για την διεκπεραίωση των ήδη υποβληθέντων στην ***Διοίκηση Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. με αριθμ. πρωτ. 26635/31-12-2012*** *αιτημάτων του προσωπικού του Ο.Τ.Ε. που αποχώρησε την* ***30/12/2012*** *από τον Ο.Τ.Ε., τα οποία πρόκειται να σας διαβιβασθούν από την Υπηρεσία μας, μετά την κοινοποίηση του παρόντος και ελλείψει της* ***Βεβαίωση Χρόνου Ασφάλισης (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2)*** *θα λαμβάνεται υπόψη η προσκομισθείσα από τους αιτούντες* ***Βεβαίωση Ιστορικού Ασφάλισης****, η οποία αναφέρεται στη χρονική περίοδο ασφάλισης του προσώπου στο τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε.. Συνεπώς στο βαθμό που η αναφερόμενη στην εν λόγω βεβαίωση περίοδος είναι* ***πέραν της δωδεκαετίας (12ετίας)*** *να θεωρηθεί ότι πληρείται η προϋπόθεση των τριών χιλιάδων* ***(3000 Η.Α.)*** *Ημερών Ασφάλισης στο τέως Ταμείο.*

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Όσο αφορά τα ποσοστά ασφάλισης είναι αυτά που ισχύουν κάθε φορά και σας έχουν γνωστοποιηθεί με το υπ΄ αριθμ.***Τ00/500/572/1/1-3-13 Γενικό Έγγραφό μας. (Επιπλέον ισχύουν οι οδηγίες που έχουν δοθεί με τις σχετ. Εγκ. 61/08 Τ.Σ.Ε.Α.Π.Γ.Σ.Ο., 76/08 Τ.Σ.Π.-Ε.Τ.Ε., Τ.Σ.Π.-Τ.Ε., Τ.Α.Π.Α.Ε.-Ε., Τ.Α.Π.-Ε.Τ.Β.Α., 77/08 Τ.Α.Π-Ο.Τ.Ε., 78/08 Τ.Σ.Π.-Η.Σ.Α.Π., 111/04 Τ.Α.Π.-Ι.Λ.Τ., 60/07 Τ.Σ.Π.Π.-Α.Τ.Ε.)***.

Συγκεκριμένα, όσο αφορά την ***προαιρετική συνέχιση της ασφάλισης για τον κλάδο Κύριας Σύνταξης του τ. Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού Ο.Τ.Ε. (τ. Τ.Α.Π.-Ο.Τ.Ε.)*** προκειμένου να αντιμετωπίσετε τα ήδη υποβληθέντα αιτήματα του προσωπικού του Ο.Τ.Ε. που αποχώρησε την **30/12/2012** από τον Ο.Τ.Ε. και προς διευκόλυνση, σας γνωρίζουμε ότι, για τους απασχολούμενους στον Ο.Τ.Ε. τις θυγατρικές και λοιπές εταιρείες του Οργανισμού τα ποσοστά ασφάλισης ***μέχρι*** **31/12/2012** ανέρχονταν συνολικά σε **36%** *(ασφ/νου 11% - εργοδότη 25%)* ***το οποίο ως γνωστό καταβάλλεται συνολικά από τον προαιρετικά ασφαλισμένο.***

Επιπρόσθετα, τα ανωτέρω ποσοστά μειώνονται ισόποσα και σταδιακά αρχής γενομένης από **1/1/2013**, μέχρι να εξισωθούν πλήρως με τα αντίστοιχα ισχύοντα στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ως εξής:

Από **1/1/2013** έως **31/12/2015** : **32 %** ***(ασφαλισμένου 9,9175 % - εργοδότη 22,0825 %)***

Από **1/1/2016** έως **31/12/2018** : **28 %** ***(ασφαλισμένου 8,835 % - εργοδότη 19,165 %)***

Από **1/1/2019** έως **31/12/2021** : **24 %** ***(ασφαλισμένου 7,7525 % - εργοδότη 16,2475 %)***

Από **1/1/2022** και **εντεύθεν** : **20 %** ***(ασφαλισμένου 6,67 % - εργοδότη 13,33 %)***

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα και με δεδομένο ότι η προαιρετική συνέχιση της ασφάλισης για την συγκεκριμένη κατηγορία άρχεται από **31/12/2012** ***(υποβολή αιτήματος στην Διοίκηση Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. με αριθμ. πρωτ. 26635/31-12-2012 Διοίκησης Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.)*** η υπαγωγή θα ξεκινήσει με **36%** στο ημερομίσθιο της **31/12/2012** που προκύπτει από την διαίρεση των μικτών

τακτικών αποδοχών τελευταίου μήνα πλήρους απασχόλησης με τις ημέρες απασχόλησης του μήνα αυτού, ενώ από **1/1/2013** μειώνεται σε **32 %.**

Επιπλέον, επειδή η υπαγωγή στην προαιρετική ***του άρθρου 26 του Ν.4075/2012*** δεν υποστηρίζεται ακόμα μηχανογραφικά από το Ο.Π.Σ., πρέπει να ακολουθείται χειρόγραφη διαδικασία τόσο για την έκδοση των σχετικών **αποφάσεων** ***(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3)*** όσο και για την παρακολούθηση της καταβολής των αναλογουσών εισφορών και την συνακόλουθη ενημέρωση της ασφαλιστικής ιστορίας.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την περιγραφή της χειρόγραφης διαδικασίας:

Καταρχήν είναι γνωστό ότι, οι εισφορές προαιρετικής ασφάλισης καταβάλλονται μετρητοίς στην αρμόδια υπηρεσία του Υποκαταστήματος τόπου κατοικίας, η οποία εκδίδει τετραπλό γραμμάτιο εισπράξεως *(Αριθμ. Τυποποίησης : 120302005ΥΠ.ΔΙΑΚ.509/02 Συνεννόηση με Διεύθυνση Προμηθειών & Χημικών Υπηρεσιών).*Το πρωτότυπο του γραμματίου (λευκό) δίνεται στον ασφαλισμένο ως αποδεικτικό της πληρωμής, και από τα αντίγραφα το ερυθρό χρησιμοποιείται ως δικαιολογητικό για την ενημέρωση του ατομικού λογαριασμού του ασφαλισμένου, μετά την πραγματοποίηση της οποίας τίθεται στον ατομικό του φάκελο, το πράσινο παραμένει στο Ταμείο του Υποκαταστήματος, το δε κίτρινο παραμένει στο στέλεχος των γραμματίων.

Η πραγματοποίηση της καταβολής βεβαιώνεται με ειδική σφραγίδα επί Δελτίου Ασφαλιστικής Ταυτότητας Εργαζομένων (Δ.Α.Τ.Ε.) το οποίο εκδίδεται κατ εξαίρεση *(Αριθμ. Τυποποίησης : 2003.091β /497 / 76 Συνεννόηση με Διεύθυνση Προμηθειών & Χημικών Υπηρεσιών).*

Στην εν λόγω σφραγίδα πρέπει να μνημονεύεται η αναγνωρίσασα το δικαίωμα προαιρετικής συνέχισης της ασφάλισης απόφαση του Διευθυντή του Υποκαταστήματος, οι αποδοχές βάσει των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές, το αντίστοιχο σ΄ αυτές ποσό εισφοράς , η χρονική περίοδος την οποία αφορούν οι καταβληθείσες εισφορές, το καταβληθέν ποσό, ο αριθμός του γραμματίου είσπραξης, καθώς και η ημερομηνία εκδόσεως αυτού. Η εν λόγω βεβαίωση πρέπει να υπογράφεται από τον Διευθυντή του Υποκαταστήματος ή τον Προϊστάμενο της αρμόδιας Υπηρεσίας Εσόδων.

Επιπλέον ακολουθεί αναγραφή σχετικής ενημέρωσης στην Πινακίδα Ασφαλισμένου, η οποία πρέπει να τηρείται *(Αριθμ. Τυποποίησης : 120307001 Συνεννόηση με Διεύθυνση Προμηθειών & Χημικών Υπηρεσιών).*

Τέλος, ευνόητο είναι ότι, ***στη διεκπεραίωση των αιτήσεων πρέπει να προηγηθούν τα αιτήματα των ασφαλισμένων, οι οποίοι μαζί με το διανυθέντα χρόνο προαιρετικής Ν.4075/2012, έχουν ήδη συμπληρώσει προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.***

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι οδηγίες που έχουν δοθεί με την ***Εγκύκλιο 70/2012*** της Διεύθυνσής μας.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ – ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

Τέλος, επειδή γνωρίζουμε ότι πολλοί αιτούντες της προαιρετικής ***του άρθρου 26 του Ν.4075/2012*** υποβάλλουν και αιτήματα για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας, επισημαίνουμε τα ακόλουθα:

Αιτήματα για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας ή αναγνώριση πλασματικών χρόνων θα εξετάζονται από τα Τοπικά Υποκαταστήματα τόπου κατοικίας των ασφαλισμένων, αφού πρώτα το αντίστοιχο Τοπικό Υποκατάστημα Ασφαλισμένων των Εντασσομένων Ταμείων και Κλάδων, το οποίο έχει τα ασφαλιστικά δεδομένα ***(χρόνο ασφάλισης)*** και αρμοδιότητα να κρίνει συνταξιοδοτικά αιτήματα, βεβαιώσει ***(στην ίδια βεβαίωση ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1)*** ότι ο αιτών αναγνώρισης θεμελιώνει δικαίωμα συνταξιοδότησης με προϋποθέσεις που διαμορφώνονται και ισχύουν από **1/1/2011** και εφεξής, σύμφωνα με τις διατάξεις του ***άρθρου 10 του Ν.3863/2010,*** δηλαδή με βάση τις προσαυξημένες χρονικές ή ηλικιακές προϋποθέσεις που οι διατάξεις αυτές ορίζουν, οπότε δύναται να αναγνωρίσει τους πλασματικούς χρόνους των ***άρθρων 39 και 40 του Ν.3996/2011*** και δικαιούται της έκπτωσης 30% στην αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας.

Σε αντίθετη περίπτωση ***(δηλαδή όταν δεν προσκομίζεται σχετική βεβαίωση του τέως Ταμείου)*** η αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας θα γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του ***Ν.1358/1983 με μόνη έκπτωση 15% στην καταβολή εφάπαξ.***

Επιπλέον, όπως είναι ήδη γνωστό, σύμφωνα με τις διατάξεις της ***παρ.3 του άρθρου 2 του Ν.1358/1983,*** οι μισθωτοί ασφαλισμένοι προκειμένου να εξαγοράσουν τον χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας πρέπει να καταβάλλουν για κάθε μήνα το άθροισμα της μηνιαίας εισφοράς ασφαλισμένου και εργοδότη που ισχύει, κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης, για τον κλάδο Κύριας Σύνταξης του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., ***δηλαδή 20%.***

Το ποσό της μηνιαίας εισφοράς υπολογίζεται βάσει των μικτών αποδοχών που ο ασφαλισμένος έπαιρνε κατά τον ***τελευταίο μήνα***, πριν από την υποβολή της αίτησης, ***κατά τον οποίο είχε πλήρη απασχόληση***, οι οποίες όμως σε καμία περίπτωση ***δεν μπορεί να είναι ανώτερες από τον τεκμαρτό μισθό της ανώτατης ασφαλιστικής κλάσης του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., ούτε κατώτερες από το 25πλάσιο του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό είχε διαμορφωθεί στις 31/12/2011(σχετ Εγκύκλιο 40/2012).***

Το γεγονός ότι με τις διατάξεις της ***υποπερίπτωσης ΙΑ.6 περ.1 του άρθρου πρώτου του Ν.4093/12,*** εναρμονίστηκε το ανώτατο όριο ***(πλαφόν)*** ασφαλιστέων αποδοχών των «παλαιών» ασφαλισμένων με εκείνο των «νέων», δεν επηρεάζει την αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας κατά τα ανωτέρω.

Συν/να : 9 φύλλα

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
& ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΡΟΒΕΡΤΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1.	**Γραφείο κ. Διοικητή**
2.	**Γραφείο κ. κ. Υποδιοικητών**
3.	**Γραφείο κ.κ. Γενικών Διευθυντών**
4.	**Γραφείο κ.κ. Συντονιστών**
5.	**Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης** **Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων** **Διεύθυνση Κύριας Ασφάλισης Μισθωτών** Σταδίου 29 101 10 – Αθήνα
6.	**Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.), Γραφείο Προέδρου** Πειραιώς 9-11
7.	**Ε.Τ.Ε.Α. (τ. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.)** **α)** Δ/νση Ασφάλισης – Εσόδων **β)** Δ/νση Παροχών
8.	**Επιχειρησιακή Ομάδα Ασφαλιστικών Εισφορών** Πατησίων 12, Αθήνα
9.	**Ομάδα Ηλεκτρονικής Εξυπηρέτησης & Τηλεπικοινωνιακών Υπηρεσιών** Πατησίων 12, Αθήνα
10.	**Ανάδοχος Ο.Π.Σ./Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.** Πατησίων 12, Αθήνα
11.	**Επιτροπή Διαχείρισης Ο.Π.Σ./Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.**

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ : .....

ΟΔΟΣ : .....

ΑΡΙΘΜΟΣ : .....

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ : .....

ΤΑΧΥΔΡ. ΚΩΔΙΚΑΣ : .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : .....

Α.Φ.Μ. : ……..

Α.Μ.Κ.Α. : .....

Α.Μ.Α. Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. : .....

ΥΠΟΚ/ΜΑ Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :
……

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ :
……

.....201….

Συνημμένα :

ΠΡΟΣ :

Το ……
Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. .....
……
(Υποκ/μα τόπου κατοικίας)
Τμήμα Εσόδων

ΘΕΜΑ : Προαιρετική συνέχιση της ασφάλισης των μέχρι 31/12/1992 ασφαλισμένων του εντασσόμενου στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδου Κύριας Σύνταξης του τέως ……..

Παρακαλώ όπως ενεργήσετε αρμοδίως προκειμένου να υπαχθώ στις διατάξεις του άρθρου ***26*** παρ. ***14*** του ***Ν.4075/2012*** και της κατ΄ εξουσιοδότηση αυτού εκδοθείσας υπ΄ αρ. ***Φ80000/οικ.10197/686/3-5-2012*** Υ.Α., ώστε να συνεχιστεί η ασφάλισή μου στον εντασσόμενο στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδο Κύριας Σύνταξης του τέως ……..

.....Αιτ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω :

ΕΠΩΝΥΜΟ	**:**	**.....**
ΟΝΟΜΑ	**:**	**.....**
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	**:**	**.....**
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	**:**	**.....**
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	**:**	**.....**
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ **ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜ. – Τ.Κ. – ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ**	**:**	**.....**
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	**:**	**.....**

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ :	***Εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο ή επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας***

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. **Θεωρημένο αντίγραφο της λύσης της σύμβασης εργασίας** ή της καθ΄ οιονδήποτε τρόπο λύσης της εργασιακής σχέσης

2. **Ασφαλιστικά βιβλιάρια - στοιχεία** του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή και άλλων φορέων και σε περίπτωση έλλειψής τους, απόφαση προσδιορισμού χρόνου ασφάλισης ή βεβαίωση όπως συνημμένο ***ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2*** * του εντασσόμενου στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. φορέα και κλάδου ασφάλισης, η οποία ***(βεβαίωση)*** χορηγείται από το Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Ασφαλισμένων του Εντασσόμενου Κλάδου Κύριας Σύνταξης τέως ……..... (π.χ. ΤΑΠ – Ο.Τ.Ε.)

3. **Υπεύθυνη δήλωση** του ν.1599/86, στην οποία θα δηλώνεται ότι :
Ο/η δηλών/σα δεν παρέχει εργασία για την οποία να υπάγεται στην ασφάλιση του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή άλλου Ταμείου Κύριας Ασφάλισης που ασφαλίζει μισθωτούς και ότι σε περίπτωση που θα αναλάβει τέτοια εργασία αναλαμβάνει την υποχρέωση να δηλώσει αυτή αμέσως στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.

4. **Βεβαίωση ή Πιστοποιητικό τελευταίου εργοδότη** όπου θα αναφέρονται αναλυτικά οι τακτικές αποδοχές τελευταίου μήνα πλήρους απασχόλησης.

5. **Φωτοτυπία του δελτίου** της αστυνομικής ταυτότητας.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :

*Κατ΄ εξαίρεση για την διεκπεραίωση των ήδη υποβληθέντων στην **Διοίκηση Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. με αριθμ. πρωτ. 26635/31-12-2012** αιτημάτων του προσωπικού του Ο.Τ.Ε. που αποχώρησε την **30/12/2012** από τον Ο.Τ.Ε., τα οποία πρόκειται να σας διαβιβασθούν από την Υπηρεσία μας, μετά την κοινοποίηση του παρόντος και ελλείψει της **Βεβαίωση Χρόνου Ασφάλισης (Υπόδειγμα 2)** θα λαμβάνεται υπόψη η προσκομισθείσα από τους αιτούντες **Βεβαίωση Ιστορικού Ασφάλισης**, η οποία αναφέρεται στη χρονική περίοδο ασφάλισης του προσώπου στο τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε.. Συνεπώς στο βαθμό που η αναφερόμενη στην εν λόγω βεβαίωση περίοδος είναι **πέραν της δωδεκαετίας (12ετίας)** να θεωρηθεί ότι πληρείται η προϋπόθεση των τριών χιλιάδων **(3000 Η.Α.)** Ημερών Ασφάλισης στο τέως Ταμείο.*

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ : 1

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα /…../201….

ΙΚΑ **ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Αριθμ. Πρωτ.

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΤΟΠΙΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ……

ΤΜΗΜΑ : ……..

Ταχ. Διεύθυνση : ……...

: ……...

Πληροφορίες : ……...

Αριθ. τηλεφώνου : ……...

FAX : ……...

E – mail : ……

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι, ο/η …… του …… είναι ασφαλισμένος του τέως ……... …… (……) από ……..μέχρι …… με αριθ. μητρώου …… . Συγκεκριμένα ο διανυθείς στην ασφάλιση του τέως …… (……) χρόνος ανάγεται σε …….

(ολογράφως)

(……..) Ημέρες Ασφάλισης (Η.Α.) μέχρι την ημερομηνία ένταξης ήτοι

(αριθμητικά)

μέχρι την …… .

➢ Ο/η αιτών/ουσα σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία θεμελιώνει συνταξιοδοτικό δικαίωμα από το τέως …… (……) με τη συμπλήρωση……

(ολογράφως)

(……) Ημερών Ασφάλισης (Η.Α.) και του ……ου έτους της ηλικίας του.

(αριθμητικά)

➢ Ο/η αιτών/ουσα θεμελιώνει δικαίωμα συνταξιοδότησης με προϋποθέσεις που διαμορφώνονται και ισχύουν από **1/1/2011** και εφεξής, σύμφωνα με τις διατάξεις του ***άρθρου 10 του Ν.3863/2010***, δηλαδή με βάση τις προσαυξημένες χρονικές ή ηλικιακές προϋποθέσεις που οι διατάξεις αυτές ορίζουν, οπότε δύναται να αναγνωρίσει τους πλασματικούς χρόνους των ***άρθρων 39 και 40 του Ν.3996/2011***.

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤ……

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΚΑ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

……, …./…. /20….

Αριθμ. Πρωτ.
…….....

……Υποκ/μα Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.
……..……

Τμήμα Εσόδων

Ταχ. Διεύθυνση : ……
Πληροφορίες : ……...
Αριθ. τηλεφώνου : ……...
FAX : ……
E – mail : ……

ΘΕΜΑ : «Συνέχιση προαιρετικά της ασφάλισης στον εντασσόμενο στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδο Κύριας Σύνταξης του τ. Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού Ο.Τ.Ε. (Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε.) τ…. ασφαλισμέν…. …… ……Α.Μ.Α……...»

Α Π Ο Φ Α Σ Η

…….Διευθυντ..... του .....…..... Υποκ/τος Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ……

Έχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις του άρθρου **14** παρ.**8** του ***ΑΝ.1846/51 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων»*** σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου **119** του **Κανονισμού Ασφάλισης Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.,** όπως ισχύει μετά την αντικατάστασή του με την ***Φ11321/6316/11-4-2007 (Β΄ 603)*** Α.Υ.Ε.Κ.Α.
2. Τις διατάξεις των εδαφίων **α, β, γ, δ** και **ε**, της παρ. **14** του άρθρου **26**, του ***Ν.4075/2012*** και της κατ΄ εξουσιοδότηση αυτού εκδοθείσας ***Φ80000/οικ.10197/686/3-5-2012*** απόφασης Υπουργού Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.
3. Τις σχετικές ερμηνευτικές Εγκυκλίους και Γενικά Έγγραφα της Διοικήσεως του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
4. Την με αριθμ. πρωτ. ……... αίτηση τ…. ασφαλισμέν….. ……... Α.Μ.Α. …… (Α.Μ.Κ.Α. ……).
5. Το υπ΄ αρ. …….. έγγραφο/διαβιβαστικό της Διοίκησης Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ..
6. Την από ……... Έκθεση Ελέγχου – Εισήγηση του αρμοδίου Τμήματος Εσόδων του Υποκαταστήματός μας.

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το νόμο

Επειδή, σύμφωνα με τις διατάξεις των εδαφίων **α, β, γ, δ** και **ε**, της παρ. **14**, του άρθρου **26**, του ***Ν.4075/2012*** και της κατ΄ εξουσιοδότηση αυτού εκδοθείσας ***Φ80000/οικ.10197/686/3-5-2012*** απόφασης Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας παρέχεται η δυνατότητα σε ασφαλισμένους Φορέων ή Κλάδων Κύριας Ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας που εντάχθηκαν στον Κλάδο Σύνταξης του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. με τις διατάξεις του άρθρου **5** του ***Ν.3029/2002*** και του άρθρου **1** του ***Ν.3655/2008***, σε περίπτωση διακοπής καθ΄ οιονδήποτε τρόπο της υποχρεωτικής ασφάλισής τους, να συνεχίσουν προαιρετικά την ασφάλιση, στον ίδιο φορέα κύριας και επικουρικής ασφάλισης και στους ίδιους κλάδους πρόνοιας και ασθένειας.

Επειδή, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του φακέλου ο/η ασφαλισμέν……. ……..A.M.A. …….. Α.Μ.Κ.Α. …….. .

1. Διέκοψε την υποχρεωτική ασφάλιση στον εντασσόμενο στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδο Κύριας Σύνταξης του τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε. την …….. και υπέβαλλε αίτηση για υπαγωγή στις προαναφερθείσες διατάξεις την ……

2. Δεν προσφέρει πουθενά εργασία για την οποία πρέπει να ασφαλισθεί σε άλλο Ταμείο κύριας ασφάλισης που ασφαλίζει μισθωτούς.

3. Πραγματοποίησε στην ασφάλιση του Κλάδου Κύριας Σύνταξης του τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε. για τον οποίο ζητά την συνέχιση της ασφαλίσεως προαιρετικά :

- Πεντακόσιες ***(500)*** ημέρες εργασίας πριν από την τελευταία ημέρα εργασίας του στην ασφάλιση του ίδιου Ταμείου και Κλάδου και υπέβαλε έγγραφη αίτηση εντός προθεσμίας δώδεκα (12) μηνών από την τελευταία ασφάλισή του στο Ταμείο και στον Κλάδο αυτό, ή
- Τρείς χιλιάδες τουλάχιστον ***(3.000)*** ημέρες εργασίας ***(10 έτη ασφάλισης)*** ανεξάρτητα από το χρόνο υποβολής της παραπάνω αίτησης.

4. Ήταν ασφαλισμένος/η κατά την ημερομηνία ένταξης του εντασσόμενου στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδου Κύριας Σύνταξης του τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε., ήτοι κατά την **1/8/2008.**

5. Επειδή έχει υπαχθεί στην ασφάλιση του εντασσόμενου στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδου Κύριας Σύνταξης του τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε. μέχρι **31/12/1992.**

6. Επειδή ο/η αιτ…….. εξετάσθηκε από την Τοπική Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή Ε.Ο.Π.Υ.Υ. του ……Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. …… και κρίθηκε ότι δεν είναι ανάπηρος κατά την έννοια των διατάξεων του άρθρου **49** του ***Ν.2084/92***, **ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω,** με την υπ. αριθμ. …… γνωμάτευση της

…….

7. Επειδή, οι τακτικές αποδοχές του τελευταίου μήνα πριν από την καθ΄ οιουδήποτε τρόπο διακοπή της εργασιακής σχέσης του/της αιτ…….. ανέρχονται σε ……
(ολογράφως)
…… (……..).
(αριθμητικά)
Επειδή οι ανωτέρω τακτικές αποδοχές δεν μπορεί να υπολείπονται του 25πλασίου του Η.Α.Ε., όπως αυτό ισχύει κάθε φορά.

8. Επειδή τα ποσοστά ασφάλισης για τους απασχολούμενους στον Ο.Τ.Ε. τις θυγατρικές και λοιπές εταιρείες του Οργανισμού **μέχρι 31/12/2012** ανέρχονταν συνολικά σε **36%** *(ασφ/νου 11% - εργοδότη 25%)* **το οποίο ως γνωστό καταβάλλεται συνολικά από τον προαιρετικά ασφαλισμένο.**
Επειδή, τα ανωτέρω ποσοστά μειώνονται ισόποσα και σταδιακά αρχής γενομένης από **1/1/2013**, μέχρι να εξισωθούν πλήρως με τα αντίστοιχα ισχύοντα στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ως εξής:

Από **1/1/2013** έως **31/12/2015** : **32 %** *(ασφαλισμένου 9,9175 % - εργοδότη 22,0825 %)*

Από **1/1/2016** έως **31/12/2018** : **28 %** *(ασφαλισμένου 8,835 % - εργοδότη 19,165 %)*

Από **1/1/2019** έως **31/12/2021** : **24 %** *(ασφαλισμένου 7,7525 % - εργοδότη 16,2475 %)*

Από **1/1/2022** και **εντεύθεν** : **20 %** *(ασφαλισμένου 6,67 % - εργοδότη 13,33 %)*

Επειδή σύμφωνα με τα ανωτέρω ο/η αιτ…… συγκεντρώνει όλες τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο νόμο για την συνέχιση προαιρετικά της ασφάλισής τ……, πρέπει να γίνει δεκτή η αίτησή τ….., την οποία υπέβαλε μέσα στην οριζόμενη από το νόμο προθεσμία.

Επειδή ο/η αιτ …… σύμφωνα με τις τακτικές αποδοχές του τελευταίου πριν από την λύση της εργασιακής σχέσης μήνα πλήρους απασχόλησης πρέπει να καταβάλλει για τον μήνα 12/2012 ποσό ……..
……(……) και από
(ολογράφως) *(αριθμητικά)*
1/1/2013 και για κάθε μήνα ποσό ……..…….
……...(……..……..)
(ολογράφως) *(αριθμητικά)*
Επειδή ……
……
……
……
……
……
……
……
……

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ :

Δεχόμαστε την αίτηση τ…… ασφαλισμέν….. …….. …… Α.Μ.Α. …… Α.Μ.Κ.Α. ……..... και εγκρίνουμε να συνεχίσει προαιρετικά την ασφάλισή του στον εντασσόμενο στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδο Κύριας Σύνταξης τ. Τ.Α.Π. – Ο.Τ.Ε. με καταβολή εισφορών από …../……/…… Συγκεκριμένα πρέπει να καταβάλλει για τον μήνα 12/2012 ποσό ……

(ολογράφως)

…… (……) και από 1/1/2013 και για κάθε

(αριθμητικά)

μήνα ποσό ……..…… (……...)

(ολογράφως) *(αριθμητικά)*

για τους αναφερόμενους στο σκεπτικό της παρούσας λόγους.

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤ……...

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. κ……..…….....
οδός ……..αριθμ. ……
Τ.Κ…… πόλη ……..

Με απόδειξη παραλαβής και τις πληροφορίες ότι :

α) ***Κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός 30 ημερών από την κοινοποίησή της.***

β) ***Σε περίπτωση καθυστέρησης καταβολής της εισφοράς περισσότερο από τρείς (3) μήνες από τότε που είναι απαιτητή, το ποσό της επιβαρύνεται με τα ίδια πρόσθετα τέλη που επιβαρύνονται οι καθυστερούμενες εισφορές του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Συνεπώς οι εισφορές για το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει καταβάλλονται υποχρεωτικά μέχρι τέλους του επόμενου της κοινοποιήσεως της παρούσας απόφασης τριμήνου. Οι δε κατά μήνα εισφορές καταβάλλονται εμπρόθεσμα μέχρι τέλος κάθε επόμενου τριμήνου.***

γ) ***Καθυστέρηση καταβολής των εισφορών μεγαλύτερη από 24 μήνες συνεπάγεται την απώλεια του δικαιώματος για τη συνέχιση της προαιρετικής ασφάλισης.***

δ) ***Δεν υπάρχει υποχρέωση καταβολής εισφορών κατά τον χρόνο λήψεως επιδόματος ασθενείας (δυνητική αναστολή).***

ε) ***Ανάληψη ασφαλιστέας στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή άλλο Ταμείο ασφάλισης μισθωτών, εργασίας, αναστέλλει υποχρεωτικά την προαιρετική ασφάλιση, η οποία μπορεί να ξαναρχίσει όταν σταματήσει η εργασία, χωρίς έρευνα για την συνδρομή εκ νέου των προϋποθέσεων και χωρίς αλλαγή της βάσης υπολογισμού των εισφορών.***

στ) ***Οι μηνιαίες εισφορές αυξάνονται κάθε φορά που αυξάνεται το ασφάλιστρο κατά τις οδηγίες του με αριθ. ……..Γενικού Εγγράφου Διοίκησης Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ.***

2. Τμήμα Εσόδων του Υποκ/τός μας μαζί με τον σχετικό φάκελο.

3. Τμήμα Συναλλακτικό Υποκ/τός μας.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/η υπογράφ…. …… Α.Μ.Α. ……., που συνεχίζω προαιρετικά την ασφάλισή μου στον εντασσόμενο στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Κλάδο Κύριας Σύνταξης του τ. ΤΑΠ – Ο.Τ.Ε. με βάση τις διατάξεις του άρθρου **26** του ***Ν.4075/2012*** δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των διατάξεων του ***Ν.1599/86*** άρθρο **8** ότι :

α) Δεν παρέχω εργασία για την οποία να υπάγομαι στην ασφάλιση του Ι.Κ.Α. ή άλλου Ταμείου κύριας ασφάλισης που ασφαλίζει μισθωτούς και σε περίπτωση που θα αναλάβω τέτοια εργασία αναλαμβάνω την υποχρέωση να δηλώσω αυτή αμέσως στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.

β) Έλαβα γνώση ότι, αφενός χάνω οριστικά το δικαίωμα συνέχισης προαιρετικά της ασφάλισής μου αν καθυστερήσω να καταβάλλω τις εισφορές κάποιου μήνα περισσότερο από εικοσιτέσσερις ***(24)*** μήνες και αφετέρου ότι αν καθυστερήσω την καταβολή της εισφοράς κάποιου μήνα περισσότερο από τρείς ***(3)*** μήνες θα επιβαρυνθώ με τα πρόσθετα τέλη της νομοθεσίας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ..

……201…

Ο/Η ΔΗΛ……

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ : 3