



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΟΙΝ. ΑΣΦ/ΣΗΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

Οργανισμός
Ασφάλισης
Ελευθέρων
Επαγγελματιών

ΟΑΕΕ

**ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ**

**Ταχ. Δ/νση : ΑΓ.ΚΩΝ/ΝΟΥ 5, 10431
Αθήνα**

**Πληροφορίες: Ε. ΤΣΑΛΙΓΟΠΟΥΛΟΥ
Τηλέφωνο : 210-5274386**

ΔΙΑΤΗΡΗΤΕΟ ΜΕΧΡΙ

**Αθήνα, 06/04/2016
Αρ. Πρωτ: ΔΙΠΣΥΝ/Φ1 / 4/ 554479**

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ: 6

ΠΡΟΣ: ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΙΝΑΚΑ Α'

αποστολή με e. mail

ΘΕΜΑ: Παράταση συνταξιοδοτικών παροχών με αιτία την αναπηρία για έξι (6) μήνες μετά τη λήξη τους, εφόσον εκκρεμεί στις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α. ιατρική κρίση, χωρίς υπαιτιότητα των ασφαλισμένων.

ΣΧΕΤ: 1. Το αρθρ. 55 ν. 4369/2016 (ΦΕΚ 33/Α' /27-2-2016)

2. Το αρ. Φ80000/οικ.9981/411/21-3-2016 έγγραφο του αρμόδιου Υπουργείου

3. Η αρ. 19/6-8-2015 εγκύκλιος ΟΑΕΕ

Σας γνωρίζουμε ότι με τις διατάξεις αρθρ. 55 ν. 4369/2016 αντικαθίστανται οι διατάξεις αρθρ. 66 ν. 4144/2013 και ορίζεται ότι στις περιπτώσεις λήξης του συνταξιοδοτικού δικαιώματος με αιτία την αναπηρία έως την 30/6/2016 και εφόσον εκκρεμεί στις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α. ιατρική κρίση, χωρίς υπαιτιότητα των ασφαλισμένων, το δικαίωμα συνταξιοδότησης **παρατείνεται για ένα εξάμηνο**, υπό την προϋπόθεση ότι για το δικαίωμα αυτό είχαν κριθεί από την αρμόδια υγειονομική επιτροπή, με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

Ημερομηνία έναρξης ισχύος της διάταξης είναι αυτή της δημοσίευσης στο ΦΕΚ, δηλαδή η **27/2/2016**, ενώ ημερομηνία λήξης η **30/6/2016**.

Επομένως, η συνταξιοδοτική παροχή παρατείνεται από την 1/3/2016 – ακόμη κι αν αυτή έχει λήξει πριν την 28/2/2016 – και για έξι (6) μήνες.

Παροχή που λήγει μετά την 30/6/2016, δεν παρατείνεται.

Κατά τα λοιπά, εξακολουθούν να ισχύουν τα αναφερόμενα στην αρ. 19/2015 εγκύκλιο του Οργανισμού.

ΣΥΝ: δύο (2) έντυπα

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΟΑΕΕ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Ο ΠΡ/ΝΟΣ ΤΜΗΜ. ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

Π. ΚΑΡΥΔΑΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(αρθρ. 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 τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Επιθυμώ παράταση της καταβολής της σύνταξης λόγω αναπηρίας/γήρατος ν. 612/1977/θανάτου/ επιδόματος απολύτου αναπηρίας/εξωιδρυματικού επιδόματος, για 6 μήνες βάσει άρθρου 55 ν. 4369/2016.
- Έχω υποβάλει στην Υγειονομική επιτροπή ΚΕ.Π.Α. αίτηση /ένσταση για εξέταση με αρ.πρωτ..... και ως σήμερα εκκρεμεί η ιατρική κρίση χωρίς υπαιτιότητα μου.
- Οφείλω να προσκομίσω στον Ο.Α.Ε.Ε. την οριστική γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕ.Π.Α. άμεσα μόλις την παραλάβω.
- Ενημερώθηκα ότι εάν μετά την οριστική κρίση των Υγειονομικών Επιτροπών δεν δικαιωθώ την παροχή, οι αχρεωστήτως καταβληθείσες παροχές συντάξεων και περιθαλψης θα μου αναζητηθούν άτοκα, δια συμψηφισμού, με μηνιαία παρακράτηση 20% επί των τυχόν χορηγούμενων συνταξιοδοτικών παροχών.
- Στην περίπτωση που δεν χορηγούνται συνταξιοδοτικές παροχές, οι αχρεωστήτως καταβληθείσες παροχές θα αναζητηθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του ΚΕΔΕ.

Ημερομηνία:/...../20....

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.



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

Οργανισμός
Ασφάλισης

ΟΑΕΕ Ελευθέρων
Επαγγελματιών

**ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ**

Ταχ. Δ/νση :
Πληρ. :
Τηλέφωνο :
fax :
e-mail :

.....,/...../.....

**ΠΡΟΣ:
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ**

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΕΡΙ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
(αρθρ. 55 ν. 4369/2016)

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την αρ. πρωτ. υπεύθυνη δήλωση - αίτηση του συνταξιούχου Ε.Α.Μ., Α.Μ.Σ., με την οποία ζητά παράταση της σύνταξης / του επιδόματος και τα προσκομισθέντα στοιχεία από τα οποία προκύπτει ότι εκκρεμεί στις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α. ιατρική κρίση χωρίς υπαιτιότητά του.
2. Την αρ. Απόφαση με την οποία χορηγήθηκε – παρατάθηκε η σύνταξη/το επίδομα από έως ύστερα από κρίση της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής.

Παρατείνουμε την σύνταξη λόγω ή το επίδομα του ανωτέρω, για το διάστημα από έως κατά το ποσό που ελάμβανε πριν τη λήξη του συνταξιοδοτικού του δικαιώματος.

Ο ΠΡ/ΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ