

ΑΙΤΗΣΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΦΚΑ

Ενιαίος
Φορέας
Καταναλωτικής
Ασφάλισης

ΤΟΠΙΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ

ΤΟΥ ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΤΑΠ-ΟΤΕ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Κωνσταντίνου 16, 104 31 ΑΘΗΝΑ (1^{ος} όροφος)

ΕΝΤΑΥΘΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ _____

_____ Ταχ. Κώδικας _____

ΙΔΙΟΤΗΤΑ _____

ΑΜΚΑ : _____

ΑΦΜ : _____

ΑΜΑ (ΠΚΑ) : _____

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

Τηλέφωνο: _____

Fax: _____

e-mail _____

Ημερομηνία: _____

Συνημμένα :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Σας υποβάλλω τον ασφαλιστικό χρόνο διαδοχικής ασφάλισης μου μηνών, που είχα πριν την πρόσληψή μου, στον ΟΤΕ και την Ασφάλισή μου στο τ. ΤΑΠ-ΟΤΕ και σας παρακαλώ να τον προσμετρήσετε στον συνολικό χρόνο ασφάλισής μου και στον επανυπολογισμό της σύνταξής μου σύμφωνα με τον Ν. 4670/2020 (Ν. Βρούτση) διότι για τον ανωτέρω ασφαλιστικό χρόνο έχω καταβάλει κανονικά τις ασφαλιστικές μου εισφορές στον αντίστοιχο Ασφαλιστικό φορέα που εργαζόμουν τότε.

Ο Αιτών / Η Αιτούσα