

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
e-ΕΦΚΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

Οργανική Μονάδα :
Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:
Ταχ. Δ/νση:
Ταχ. Κώδικας:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
E-mail:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν. 4892/2022

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Μ.Κ.Α.:

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής της τοπικής Δ/νσης

Έχοντας υπόψη:

- 1. Τις διατάξεις της περ. α' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 2. Τις διατάξεις της περ. β' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 3.Την με αριθμ. αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου.**
- 4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:**

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο

και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1ccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993).
- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον ε- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 και συγκεκριμένα :.....(οι ενταχθέντες φορείς)
- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του.
(ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017 και εφεξής.
- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Δεχόμαστε την αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από 1/1/2017 υποχρεωτικά προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του στο
(ενταχθέντα φορέα)

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

Κοινοποίηση:

1.Στον/ην ασφαλισμένο /η

Όνοματεπώνυμο :

ΑΜΚΑ :

Διεύθυνση:

Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίησή της.

2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :

A.M.E :

A.Φ.Μ.:

Διεύθυνση:

3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
e-ΕΦΚΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

Οργανική Μονάδα :
Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:
Ταχ. Δ/νση:
Ταχ. Κώδικας:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
E-mail:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν.4892/2022.

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

ΑΜΚΑ:

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής της Τοπικής Δ/νσης

Έχοντας υπόψη:

- 1. Τις διατάξεις της περ. α' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 2. Τις διατάξεις της περ. β' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 3.Την με αριθμ. αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου**
- 4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:**

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο, και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.

Διανομή μέσω 'ΓΡΙΑΔΑ' με UID: 62862d292b1ccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 και συγκεκριμένα

(οι ενταχθέντες φορείς)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του (ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017, και εφεξής, η οποία έγινε αποδεκτή σύμφωνα με την υπ. αριθμ. απόφαση

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την αίτησή του/της, την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει να ασφαλιζεται και στον δεύτερο φορέα, (ενταχθέντα φορέα) καταβάλλοντας ο ίδιος επί των αποδοχών του, το συνολικό ποσοστό εισφοράς εργοδότη και ασφαλισμένου.

- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά .

Δεχόμαστε την αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από (από 1/1/2017, ή από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) υπάγεται στην ασφάλιση του, καταβάλλοντας ο ίδιος (ενταχθέντα φορέα) τις εισφορές.

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

Κοινοποίηση :

1.Στον/ην ασφαλισμένο /η

Όνοματεπώνυμο :

ΑΜΚΑ :

Διεύθυνση:

Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα 30 ημερών από την κοινοποίησή της.

2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :

A.M.E :

A.Φ.Μ.:

Διεύθυνση:

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1ccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59