

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ

ΘΕΜΑ: Αναγνώριση Υποκατάστατου
Δικαιωμάτων Θανόντος Μέλους του ΑΟΟΑ

Επώνυμο:

Όνομα:

Δνση Κατοικίας:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ:

Τηλέφωνο (σταθερό – κινητό) :

.....

e-mail:

Αρ. Μητρώου συντάξεως:.....

.....

Αρ. Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ):

.....

Αρ. Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ):

.....

1. Παρακαλώ όπως με αναγνωρίσετε ως υποκατάστατο του/της θανόντος/θανούσης συζύγου μου/ πατρός/μητρός μου δικαιούχου

.....

2. Με τη παρούσα δηλώνω ότι τις κρατήσεις υπέρ ΑΟΟΑ θα καταβάλει ο/η.....

.....

εξ' ολοκλήρου

κατά το μέρος που μου/του/της αναλογεί

3. Η πληρωμή θα γίνεται:

μέσω κράτησης από τη σύνταξή μου/του/της

με απευθείας πληρωμή στην Τράπεζα Πειραιώς (IBAN: GR)

4. Συνημμένα σας υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά για την αναγνώριση μου ως δικαιούχου:

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Πιστοποιητικό Πλησιέστερων Συγγενών (εξαμήνου)
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
- Υπεύθυνη Δήλωση Χηρεύοντος για μη Τέλεση Νέου Γάμου.

(Τόπος – Ημερομηνία)

.....

Ο/Η
Αιτών/ούσα

Παρατηρήσεις

1. Η αίτηση υποβάλλεται από τον κάθε ένα κληρονόμο και θεωρείται για το γνήσιο της υπογραφής, είτε από ΚΕΠ και αποστέλλονται πρωτότυπες ταχυδρομικώς, είτε από το gov.gr και αποστέλλονται ηλεκτρονικώς στο e-mail του ΑΟΟΑ: info@aooa.gr.
2. Αρ. Μητρώου συντάξεως: Συμπληρώνεται εφόσον ο υποψήφιος υποκατάστατος έχει συνταξιοδοτηθεί.
3. Αρ. Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ): Συμπληρώνεται υποχρεωτικά από κάθε δικαιούχο.
4. **Οι παράγραφοι 2 & 3 συμπληρώνονται υποχρεωτικά, προκειμένου να δηλώνεται από τους νόμιμους κληρονόμους, ποιος ή ποιοι θα καταβάλουν τις κρατήσεις υπέρ ΑΟΟΑ και με ποιον τρόπο επιθυμούν να γίνεται η πληρωμή (Σημειώνεται κατά περίπτωση το αντίστοιχο τετράγωνο).**