



**Υγιείς Εργασιακές Σχέσεις
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ**

Εγχειρίδιο Λειτουργού Εργασιακών Σχέσεων

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ 2022



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Κυπριακή Δημοκρατία



Διαρθρωτικά Ταμεία
της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Κύπρο

Το Έργο συγχρηματοδοτείται από την
Κυπριακή Δημοκρατία και το Ευρωπαϊκό
Κοινωνικό Ταμείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



ΟΕΒ



Εγχειρίδιο Λειτουργού Εργασιακών Σχέσεων:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ 2022

Το «Εγχειρίδιο Λειτουργού Εργασιακών Σχέσεων» εκπονήθηκε και εκδόθηκε στο πλαίσιο υλοποίησης του συγχρηματοδοτούμενου έργου από την Κυπριακή Δημοκρατία και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τίτλο «Υγιείς Εργασιακές Σχέσεις, Σύγχρονες Επιχειρήσεις».



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Κυπριακή Δημοκρατία



Διαρθρωτικά Ταμεία
της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Κύπρο

Το Έργο συγχρηματοδοτείται από την Κυπριακή Δημοκρατία και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ISBN 978-9925-7829-2-5

Έτος Έκδοσης: 2022

Απαγορεύεται η αντιγραφή η αναδημοσίευση ολόκληρου ή μέρους αυτού του βιβλίου, με οποιαδήποτε μέθοδο, χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση του εκδότη.



ΟΕΒ

Ομοσπονδία Εργοδοτών & Βιομηχάνων (ΟΕΒ)

Οδός Ομοσπονδίας Εργοδοτών & Βιομηχάνων Κύπρου 4,
Στρόβολος, 2000 Λευκωσία, Κύπρος.

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: info@oeb.org.cy

Τηλέφωνο: +357 22 643 000

Ιστοσελίδα: www.oeb.org.cy

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Γενικού Διευθυντή ΟΕΒ	6
Ευχαριστίες	7
Πρόλογος	8
Σημαντικό Σημείωμα	9
Εισαγωγή	10
Διαχρονική εξέλιξη του σχεδίου κοινωνικών ασφαλίσεων	11
Επεξήγηση των βασικών όρων	13
Αναλογικό Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων	16
Ασφαλισμένοι	16
Υποχρεωτικά ασφαλισμένοι	16
Προαιρετικά ασφαλισμένοι	17
Εθνοφρουροί	17
Εισφορές	17
Εισφορά για Εθνοφρουρούς	19
Τερματισμός υποχρέωσης πληρωμής εισφορών	19
Προθεσμία πληρωμής εισφορών	19
Μισθωτοί	19
Αυτοτελώς Εργαζόμενοι	20
Προαιρετικά ασφαλισμένοι	20
Περίοδοι Εξομοιούμενης Ασφάλισης	21
Περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης σε περιπτώσεις θανάτου ασφαλισμένου ή μόνιμης ανικανότητας για εργασία	21
Περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης για φροντίδα παιδιών	22
Διαχωρισμός Ασφαλιστέων Αποδοχών	22
Παροχές	22
Βοηθήματα, Τοκετού και Κηδείας	23
Επίδομα Ασθενείας, Ανεργίας, Μητρότητας, Πατρότητας	24
Συντάξεις	30
Θεσμοθετημένη Σύνταξη	30
Σύνταξη Ανικανότητας	33
Σύνταξη Χηρείας	35
Επίδομα Αγνοουμένου	37
Επίδομα Ορφανίας	37
Παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες	39
Γενικές Πληροφορίες	39
Επίδομα Σωματικής Βλάβης	39



Παροχές Αναπηρίας	40
Σύνταξη Αναπηρίας	40
Βασική και συμπληρωματική σύνταξη	40
Βοήθημα αναπηρίας	41
Παροχές Λόγω Θανάτου	42
Σύνταξη Χηρείας	42
Επίδομα Ορφανίας	43
Σε ποιον πληρώνεται το επίδομα ορφανίας και για πόσο χρόνο	43
Σύνταξη Γονέα	44
Γενικές πληροφορίες για παροχές	45
Υποβολή αίτησης	45
Προθεσμία υποβολής αίτησης για παροχή	45
Αναπροσαρμογή Ύψους Παροχών	46
13η Σύνταξη	46
Προσφυγές	46
Κοινωνική Κάρτα	47
Διαδικασία εγγραφής και αδήλωτη εργασία	47
Εγγραφή στο σύστημα	47
Αδήλωτη εργασία και διοικητικές κυρώσεις	48
Διαδικασίας επιβολής του διοικητικού προστίμου	48
Τεκμήριο ελάχιστης περιόδου απασχόλησης	48
Αναστολή λειτουργίας εργασιών εργοδότη	49
Επιβολή κυρώσεων σε αυτοτελώς εργαζόμενους	49
Ενστάσεις	50
Παράρτημα 1 - Αίτηση για έκδοση πιστοποιητικού προαιρετικής ασφάλισης	51
Παράρτημα 2 - Αίτηση για καταχώρηση περιόδου για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά	53
Παράρτημα 3 - Κατάσταση αποδοχών και εισφορών	54
Παράρτημα 4 - Αίτηση για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών λόγω τακτικής εκπαίδευσης	56
Παράρτημα 5 - Αίτηση για χορήγηση περιόδου εξομοιούμενης ασφάλισης με βάση τον περί Γονικής Άδειας και Άδειας για λόγους ανωτέρας βίας Νόμο	58
Παράρτημα 6 - Δήλωση για πίστωση ασφαλιστέων αποδοχών για γέννηση παιδιών	60
Παράρτημα 7 - Αίτηση για βοήθημα τοκετού	61
Παράρτημα 8 - Αίτηση για βοήθημα κηδείας	62
Παράρτημα 9 - Αίτηση για επίδομα ασθένειας	64
Παράρτημα 10 - Αίτηση για επίδομα μητρότητας	66
Παράρτημα 11 - Αίτηση για επίδομα πατρότητας	68
Παράρτημα 12 - Αίτηση για θεσμοθετημένη σύνταξη	71
Παράρτημα 13 - Αίτηση για σύνταξη ανικανότητας	74
Παράρτημα 14 - Αίτηση για επίδομα σωματικής βλάβης	76
Παράρτημα 15 - Αίτηση για παροχή λόγω αναπηρίας	83
Παράρτημα 16 - Αίτηση για σύνταξη χηρείας	85

Χαιρετισμός Γενικού Διευθυντή ΟΕΒ

Η σειρά 'Εγχειρίδια Λειτουργού Εργασιακών Σχέσεων' εκδόθηκε στο πλαίσιο υλοποίησης του συγχρηματοδοτούμενου έργου από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και την Κυπριακή Δημοκρατία με τίτλο «Υγιείς Εργασιακές Σχέσεις, Σύγχρονες Επιχειρήσεις». Η πρώτη έκδοση της σειράς, το 2014, και οι δύο ανατυπώσεις της που ακολούθησαν εξαντλήθηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ συνεχής παραμένει η ζήτηση για τους Οδηγούς στην ψηφιακή τους μορφή. Η επανέκδοση της σειράς, την οποία σήμερα κρατάτε στα χέρια σας, αποτελούσε μονόδρομο.

Πολλές επιχειρήσεις και επαγγελματίες θεωρούν πως η εργατική νομοθεσία αποτελεί ένα πολύπλοκο αντικείμενο, η κατανόηση του οποίου προϋποθέτει εξειδικευμένες γνώσεις. Αν και αυτό ισχύει σε μεγάλο βαθμό, η Ομοσπονδία Εργοδοτών & Βιομηχάνων (ΟΕΒ) θεωρεί καθήκον της να ενημερώνει με τρόπο κατανοητό, υπεύθυνο και ολοκληρωμένο τις επιχειρήσεις για την εργατική νομοθεσία και τις εργασιακές σχέσεις στην Κύπρο. Η έκδοση αυτής της επτάτομης σειράς αποδεικνύει έμπρακτα την σοβαρότητα και αφοσίωση με την οποία υπηρετούμε την επιχειρηματική κοινότητα ως ο κατεξοχήν εργοδοτικός φορέας του τόπου από το 1960.

Η παρούσα έκδοση είναι επικαιροποιημένη και εμπλουτισμένη, καταγράφοντας τις αλλαγές στην εργατική νομοθεσία που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια, ενώ έχουν προστεθεί νέες νομοθεσίες η κατανόηση των οποίων είναι απαραίτητη για τις επιχειρήσεις. Το περιεχόμενο των Οδηγών δίνει σε κάθε επιχείρηση, σε κάθε Λειτουργό Εργασιακών Σχέσεων και σε κάθε Λειτουργό Ανθρώπινου Δυναμικού ολοκληρωμένη εικόνα για το σύστημα εργασιακών σχέσεων στην Κύπρο, καθώς και το νομικό και εθιμικό πλαίσιο που το διέπει. Στις σελίδες των εγχειριδίων μπορεί επίσης να ανατρέξει όποιος επιθυμεί να ενημερωθεί για το νομικό πλαίσιο που αφορά την προαγωγή της ισότητας στην απασχόληση και την καταπολέμηση των διακρίσεων, ζητήματα για τα οποία η ΟΕΒ είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη.

Ευχόμαστε κάθε αναγνώστης να βρει τους Οδηγούς μας χρήσιμους και κάθε επιχείρηση να μας νιώσει δίπλα της.

ΜΙΧΑΗΛΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ
Γενικός Διευθυντής ΟΕΒ



Ευχαριστίες

Η ΟΕΒ εκφράζει τις ευχαριστίες της προς τον κ. Μιχαλάκη Χρίστου για την συνδρομή του στην ετοιμασία αυτού του εγχειριδίου.

Ο κ. Χρίστου κατάγεται από τον Τράχωνα Λευκωσίας. Εργάστηκε στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το 1966 μέχρι και το 2007 οπότεν και αφυπηρέτησε από τη θέση του Πρώτου Ασφαλιστικού Λειτουργού. Κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του ο κ. Χρίστου συμμετείχε σε πολλά προγράμματα, σεμινάρια και επιτροπές που αφορούσαν τον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης ενώ αρθρογραφεί τακτικά στον ημερήσιο τύπο για ζητήματα κοινωνικής πολιτικής. Μεταξύ άλλων, ο κ. Χρίστου είναι μέλος του Συμβουλίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ κατά το παρελθόν διετέλεσε μέλος των Διοικητικών Συμβουλίων του Οργανισμού Γεωργικής Ασφάλισης, του Φορέα Ισότιμης Κατανομής Βαρών καθώς και μέλος της Τεχνικής Επιτροπής για την Εισαγωγή του ΓεΣΥ. Το 2011 εξελέγη Πρόεδρος του Κοινοτικού Συμβουλίου Τράχωνα, αξίωμα το οποίο κατέχει ως σήμερα.

Πρόλογος

Το εγχειρίδιο αυτό αποτελεί μέρος της επτάτομης σειράς με τίτλο «Εγχειρίδιο Λειτουργού Εργασιακών Σχέσεων» η οποία εκδίδεται στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου με τίτλο «Υγιείς Εργασιακές Σχέσεις, Σύγχρονες Επιχειρήσεις». Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και την Κυπριακή Δημοκρατία και την ευθύνη υλοποίησης φέρει η Ομοσπονδία Εργοδοτών και Βιομηχάνων (ΟΕΒ).

Μέσα από τις δράσεις του, το έργο έχει ως κυριότερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας εφαρμογής του Κυπριακού νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου εργασιακών σχέσεων ανάμεσα στις Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις (ΜΜΕ) μέσα από μια ολοκληρωμένη και στοχευμένη προσέγγιση.

Οι δράσεις του έργου ανταποκρίνονται κατά τρόπο συγκεκριμένο στις διαπιστωμένες ελλείψεις που παρουσιάζουν οι Κυπριακές ΜΜΕ στην ορθή και αποτελεσματική εφαρμογή του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου που αφορά τις εργασιακές σχέσεις και που οδηγεί σε καταγγελίες και δαπανηρές δικαστικές διαδικασίες εναντίον τους, αλλά και σε δυσάρεστες συνέπειες για τους εργοδοτούμενους και την απασχόληση.

Οι ελλείψεις αυτές είναι τόσο δομικές όσο και λειτουργικές και οφείλονται στο μικρό μέγεθος και οικογενειακό χαρακτήρα των επιχειρήσεων που καθιστά δύσκολη την απασχόληση εξειδικευμένων λειτουργών ανθρώπινου δυναμικού και εργασιακών σχέσεων.

Το συγχρηματοδοτούμενο έργο, αποσκοπεί στην αποτελεσματική κάλυψη του κενού που παρατηρείται μεταξύ της ανάγκης εφαρμογής ενός πολύπλοκου νομοθετικού εργασιακού πλαισίου και της αδυναμίας των κυπριακών ΜΜΕ να το πράξουν.

Περισσότερες πληροφορίες για τις δράσεις του έργου βρίσκονται στην ειδικά διαμορφωμένη ιστοσελίδα του: www.slr.com.cy



Σημαντικό Σημείωμα

Ενώ έχει καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την εγκυρότητα του περιεχόμενου, η παρούσα έκδοση είναι αυστηρά ενημερωτικού χαρακτήρα και δεν μπορεί να θεωρηθεί εξαντλητική του αντικειμένου που πραγματεύεται. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποκαταστήσει ή να θεωρηθεί ως εξειδικευμένη επαγγελματική ή νομική συμβουλή.

Εισαγωγή

Προτού προχωρήσουμε στην ανάλυση και επεξήγηση του θεσμού των Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Κύπρο πρέπει πρώτα να γίνει αναφορά στην ευρύτερη έννοια του όρου 'Κοινωνική Ασφάλεια' της οποίας η Κοινωνική Ασφάλιση είναι ένας από τους κυριότερους θεσμούς.

Η Κοινωνική Ασφάλεια έχει σαν σκοπό και επιδίωξη την παροχή στον πολίτη εγγύησης για ένα ελάχιστο και λογικό υπό τις περιστάσεις εισόδημα σε περίπτωση μόνιμης ή προσωρινής απώλειας του εισοδήματος του από την εργασία, την εξασφάλιση πρόσθετου εισοδήματος για αντιμετώπιση οικογενειακών βαρών και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η Κοινωνική Ασφάλιση ως θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλειας ταυτίζεται με την μετατόπιση πόρων από τον οικονομικά ενεργό στον οικονομικά ανενεργό πληθυσμό έχοντας ως βάση την απασχόληση σε αντίθεση με τους άλλους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας, όπως είναι η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τα οικογενειακά επιδόματα και οι παροχές δημοσίων βοηθημάτων που αποβλέπουν στην ευρύτερη κοινωνική προστασία και πρόνοια ολόκληρου του πληθυσμού με ομοιόμορφο επίπεδο προστασίας και με επιβάρυνση του Κράτους.



Διαχρονική εξέλιξη του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Στην Κύπρο το πρώτο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων τέθηκε σε εφαρμογή στις 7 Ιανουαρίου 1957. Ήταν υποτυπώδες και κάλυπτε μόνο τους μισθωτούς και άφηνε έξω την μεγάλη μάζα των γεωργικών εργατών και την τάξη των αυτοτελώς εργαζομένων δίδοντας όμως σ' αυτούς το δικαίωμα επιλογής τους στην προαιρετική ασφάλιση. Ο Νόμος αυτός στερούσε παράλληλα από τις παντρεμένες γυναίκες του δικαιώματος σε επίδομα ασθενείας και επίδομα ανεργίας.

Οι παροχές του σχεδίου περιορίζοντο μόνο στις πιο κάτω:

- Βοήθημα γάμου - εφάπαξ
- Βοήθημα τοκετού - εφάπαξ
- Επίδομα ασθενείας
- Επίδομα ανεργίας
- Σύνταξη γήρατος
- Σύνταξη χρείας
- Επίδομα ορφανίας
- Βοήθημα κηδείας

Κύρια χαρακτηριστικά του Σχεδίου ήταν το ομοιόμορφο πάγιο ύψος εισφορών και παροχών ανεξάρτητα από τις αποδοχές των ασφαλισμένων, η τριμερής ισομερής χρηματοδότηση εργοδοτών, ασφαλισμένων και Κράτους και ο καθορισμός του επιπέδου παροχών στο επίπεδο του κατώτατου ορίου διαβίωσης.

Μετά την ανακήρυξη της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960 η τότε Κυβέρνηση καθιέρωσε σαν πολιτική της την συνεχή βελτίωση του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ώστε να παρέχεται στους πολίτες περισσότερη προστασία με όσο το δυνατό περισσότερα και ψηλότερα ωφελήματα ανάλογα πάντοτε με τις δυνατότητες της Κυπριακής οικονομίας. Σύμφωνα με την πολιτική αυτή, το σχέδιο του 1957 επεκτείνεται το 1964 ώστε να περιλαμβάνει τους γεωργικούς εργάτες, την τάξη των αυτοτελώς εργαζομένων και παράλληλα αίρονται οι διακρίσεις σε βάρος των γυναικών.

Στις 5 Οκτωβρίου 1964 εφαρμόζεται το νέο σχέδιο το οποίο χαρακτηρίστηκε τότε ως το σημαντικότερο μέτρο κοινωνικής πολιτικής και ορόσημο στην ιστορία των κοινωνικών ασφαλίσεων στον τόπο μας γιατί άλλαξε την ζωή δεκάδων χιλιάδων ηλικιωμένων¹ και εμπέδωσε το αίσθημα της οικονομικής ασφάλειας στις νεότερες γενιές των εργαζομένων. Το 1964 δίκαια χαρακτηρίστηκε τότε ως έτος Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Κύπρο.

¹ Ο νέος πιο πάνω Νόμος έδωσε το δικαίωμα ασφάλισης σε όλους τους μέχρι τότε ανασφάλιστους ιδιαίτερα τους αυτοτελώς εργαζόμενους ανεξάρτητα από ηλικία και με τρία χρόνια ασφάλισης που ήταν τότε η βασική προϋπόθεση για τη θεμελίωση δικαιώματος σε σύνταξη γήρατος, εξασφάλισαν από τον Οκτώβριο του 1967 το δικαίωμα και τους χορηγήθηκε από τότε σύνταξη γήρατος.

Οι κυριότερες αλλαγές που επέφερε ο Νόμος του 1964 στο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ήταν:

- Η καθολική και υποχρεωτική υπαγωγή στο Σχέδιο όλων όσων ασκούσαν βιοποριστικό επάγγελμα στην Κύπρο, μισθωτοί και αυτοτελώς εργαζόμενοι.
- Η εισαγωγή του επιδόματος μητρότητας για μισθωτές γυναίκες.
- Η εισαγωγή παροχών για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες που μέχρι τότε εκαλύπτοντο ή καλύπτονταν από τον περί εργατικών ατυχημάτων Νόμο του 1944 με αποκλειστική ευθύνη του εργοδότη.

Χαρακτηριστικό και του νέου Σχεδίου του 1964 ήταν, όπως και εκείνου του 1957, η χρηματοδότηση του με πάγιες εισφορές από τον εργοδότη, τον ασφαλισμένο και το Κράτος και οι παροχές καταβάλλοντο ή καταβάλλονταν σε ομοιόμορφο ύψος ανεξάρτητα από τα εισοδήματα των ασφαλισμένων. Κατά την περίοδο που ακολούθησε, το Σχέδιο συνέχισε να βελτιώνεται με την κατά καιρούς αναθεώρηση του ύψους των παροχών, με την εισαγωγή το 1973 της σύνταξης ανικανότητας σε ασφαλισμένους που καθίστανται μόνιμα ανίκανοι για εργασία και η επέκταση του επιδόματος ασθενείας στους αυτοτελώς εργαζόμενους με μακρά όμως περίοδο χρόνου αναμονής - 78 μέρες αρχικά, 30 στη συνέχεια και σήμερα 9 μέρες.

Παρ' όλες τις βελτιώσεις που επιτεύχθηκαν στο αρχικό Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τούτο δεν μπορούσε να ικανοποιήσει τις ανάγκες της εξελισσόμενης κοινωνίας μας και ιδιαίτερα των μεσαίων και ψηλών εισοδηματικών τάξεων των ασφαλισμένων λόγω ακριβώς της διάρθρωσης των εισφορών και παροχών του.

Προς το σκοπό διασφάλισης ικανοποιητικής προστασίας προς όλο γενικά τον εργαζόμενο πληθυσμό, η Κυπριακή Κυβέρνηση προγραμματίζει και θέτει στις προτεραιότητές της την εισαγωγή ενός νέου Αναλογικού Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων που να χαρακτηρίζεται από εισφορές και παροχές ανάλογα με τους μισθούς και τα εισοδήματα των ασφαλισμένων ικανοποιώντας έτσι και ένα πάγιο αίτημα της Κυπριακής Κοινωνίας.

Το νέο αυτό Σχέδιο είχε αποφασιστεί να εισαχθεί αρχικά τον Οκτώβριο του 1974. Τα γεγονότα όμως που μεσολάβησαν τον Ιούλιο του 1974 όχι μόνο ματαίωσαν την εισαγωγή του Σχεδίου αυτού αλλά και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση που ακολούθησε απείλησε το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων με χρεοκοπία.

Η σταδιακή ανάκαμψη της οικονομίας με τις ευεργετικές της επιπτώσεις πάνω και στα οικονομικά του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων επέτρεψαν, με τη σύμφωνη γνώμη και των Κοινωνικών Εταίρων, την εισαγωγή του από τις 6 Οκτωβρίου 1980.



Επεξήγηση των βασικών όρων

Ανήλικος

Ανήλικος θεωρείται:

- παιδί ηλικίας κάτω των 15 ετών,
- άγαμος γιος ηλικίας μεταξύ 15 - 25 ετών ο οποίος τυγχάνει τακτικής εκπαίδευσης σε εκπαιδευτικό ίδρυμα ή υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά,
- άγαμη κόρη ηλικίας 15 - 23 ετών η οποία τυγχάνει τακτικής εκπαίδευσης σε εκπαιδευτικό ίδρυμα.
- Άγαμο παιδί ανεξάρτητα από ηλικία το οποίο είναι μόνιμα ανάκανο για αυτοσυντήρηση.

Ασφαλιστέες Αποδοχές

Είναι το ποσό των αποδοχών του ασφαλισμένου πάνω στο οποίο καταβάλλονται εισφορές οι οποίες περιορίζονται μέχρι ενός ανώτατου ορίου το οποίο για το τρέχον έτος 2022 ανέρχεται στα €1,117 την εβδομάδα, €4,840 το μήνα ή €58,084 το χρόνο.

Ασφαλιστικές Μονάδες

Είναι το αποτέλεσμα που προκύπτει από την μετατροπή των πραγματικών και εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών σε ασφαλιστικές μονάδες. Διαιρείται δηλ. το σύνολο των πραγματικών και εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών ενός έτους εισφορών δια του ετήσιου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών του επόμενου χρόνου.

Βασικές Ασφαλιστέες Αποδοχές

Είναι το ποσό των ασφαλιστέων αποδοχών που καθορίζεται για κάθε έτος και αυξάνεται σύμφωνα με το ποσοστό αύξησης του μέσου όρου των ασφαλιστέων αποδοχών του προηγούμενου έτους εισφορών σε σύγκριση με το αμέσως προηγούμενο αυτού έτους εισφορών.

Βασική Ασφάλιση

Είναι οι ασφαλιστέες αποδοχές πραγματικές και εξομοιούμενες κάθε χρόνου μέχρι του ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που αντιπροσωπεύουν μέχρι τη μία ασφαλιστική μονάδα.

Εβδομαδιαία αξία

Είναι η αποτίμηση της ασφαλιστικής μονάδας σε ασφαλιστέες αποδοχές με βάση το εβδομαδιαίο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών.

Έτος εισφορών

Για τους μισθωτούς των οποίων οι αποδοχές καθορίζονται πάνω σε μηνιαία βάση είναι το ημερολογιακό έτος ενώ για τους άλλους ασφαλισμένους είναι περίοδος 52 ή 53 εβδομάδες που αρχίζουν την πρώτη Δευτέρα κάθε έτους και λήγει την Κυριακή πριν από την πρώτη Δευτέρα του επόμενου έτους.

Έτος παροχών

Σημαίνει την περίοδο που αρχίζει την πρώτη Δευτέρα του Ιουλίου κάθε έτους και λήγει την Κυριακή πριν από την πρώτη Δευτέρα του Ιουλίου του επόμενου έτους.

Ουσιώδης χρόνος

Σε σχέση με οποιαδήποτε παροχή σημαίνει την πρώτη ημέρα από την οποία ένα πρόσωπο θα δικαιούταν την παροχή αν υπέβαλλε αίτηση μέσα στην καθορισμένη για την παροχή αυτή προθεσμία.

Περίοδος Αναφοράς

Η περίοδος αναφοράς αρχίζει την πρώτη ημέρα του έτους εισφορών μέσα στο οποίο ο ασφαλισμένος συμπλήρωσε το 16^{ον} έτος της ηλικίας του και λήγει την τελευταία εβδομάδα πριν από εκείνη που περιλαμβάνει την ημερομηνία που αποκτά δικαίωμα σε σύνταξη δηλ. τον ουσιώδη χρόνο.

Πραγματική Ασφάλιση

Περιλαμβάνει όλες τις ασφαλιστέες αποδοχές για τις οποίες πληρώθηκαν εισφορές.

Πραγματική Βασική Ασφάλιση

Σημαίνει τις ασφαλιστέες αποδοχές κάθε χρόνου για τις οποίες έχουν καταβληθεί εισφορές μέχρι του ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών μέχρι δηλ. τη μία ασφαλιστική μονάδα.



Προστάτιδα Οικογένειας

Αναφέρεται στην άγαμη γυναίκα ή χήρα ή και έγγαμη γυναίκα της οποίας ο σύζυγος κατέστη μόνιμα ανίκανος για εργασία ή είναι αγνοούμενος ή εκτίει ποινή φυλάκισης για ένα τουλάχιστο χρόνο ή την οποία εγκατέλειψε ο σύζυγος χωρίς να τυγχάνει από μέρους του οποιαδήποτε συντήρηση.

Συμπληρωματική Ασφάλιση

Περιλαμβάνει τις ασφαλιστέες αποδοχές πραγματικές και εξομοιούμενες κάθε χρόνου πέραν από το ποσό των Βασικών Ασφαλιστέων Αποδοχών πέραν δηλ. της πρώτης ασφαλιστικής μονάδας.

Σχετικό έτος εισφορών

Σε σχέση με παροχή, σημαίνει το τελευταίο έτος εισφορών πριν από το έτος παροχών που περιλαμβάνει την ημερομηνία που πρέπει να ικανοποιούνται οι σχετικές προϋποθέσεις δηλ. για το πρώτο εξάμηνο του 2022 σχετικό έτος εισφορών είναι το 2020, ενώ για το δεύτερο εξάμηνο του ίδιου έτους σχετικό έτος εισφορών είναι το 2021.

Αδήλωτη Εργασία

Σημαίνει ασφαλιστέα απασχόληση μισθωτού ή αυτοτελώς εργαζόμενου η οποία δεν έχει δηλωθεί σύμφωνα με τους σχετικούς κανονισμούς.

Αδήλωτες Αποδοχές

Σημαίνει ασφαλιστέες αποδοχές οι οποίες δεν δηλώθηκαν από τον εργοδότη για πληρωμή εισφορών και περιλαμβάνουν και ψευδή δήλωση ασφαλιστέων αποδοχών για πληρωμή εισφορών σε μειωμένο ύψος.

Αναλογικό Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Η έναρξη λειτουργίας του νέου Αναλογικού Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων από τις 6 Οκτωβρίου 1980 σηματοδότησε για την Κύπρο μια νέα εποχή και σταθμό στο τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η μέχρι τότε παρεχόμενη από το Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων προστασία αναβαθμίζεται για να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες όλων των ασφαλισμένων για ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης όταν, συνεπεία οποιουδήποτε κοινωνικού κινδύνου, δεν είναι σε θέση να το εξασφαλίσουν με την εργασία τους. Η φιλοσοφία του νέου Σχεδίου επικεντρώνεται στις πιο κάτω βασικές αρχές.

- Καθολική υπαγωγή όλων ανεξαιρέτως των εργαζομένων, όπως προβλέπετο ή προβλεπόταν και από το Σχέδιο του 1964.
- Εισφορές και παροχές άμεσα συνδεδεμένες με τις αποδοχές/εισοδήματα των ασφαλισμένων από την εργασία τους.
- Επαρκές επίπεδο παροχών που να αναπληρώνουν ένα εύλογα ικανοποιητικό ποσοστό των αποδοχών/εισοδημάτων από την εργασία και να διασφαλίζουν κατ' επέκταση ένα αναλογικό επίπεδο διαβίωσης.
- Επαρκής προστασία όχι μόνο του γήρατος αλλά και σε περίπτωση πρόωρου θανάτου ή πρόωρης ανικανότητας για εργασία.
- Μείωση του χάσματος μεταξύ αδυνάτων και προνομιούχων ομάδων του πληθυσμού.
- Αποφυγή της υπερασφάλισης και υπερπροστασίας.

Η δομή γενικά του νέου Σχεδίου είναι τέτοια που εξυπηρετεί την ανάγκη για κοινωνική αλληλεγγύη όχι μόνο μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων, των εργαζομένων και των ανέργων, των υγιών και των ασθενών αλλά και μεταξύ των ψηλά αμειβομένων και των χαμηλά αμειβομένων, επιτυγχάνοντας έτσι και τη δικαιότερη κατανομή του εθνικού εισοδήματος.

Ασφαλισμένοι

Υποχρεωτικά ασφαλισμένοι

Πρόσωπα ανεξάρτητα από φύλο που ασκούν βιοποριστικό επάγγελμα στην Κύπρο ασφαλίζονται υποχρεωτικά στο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατατάσσονται σε



δύο κατηγορίες:

- (α) στους μισθωτούς που απασχολούνται στην υπηρεσία εργοδότη, και
- (β) στους αυτοεργοδοτούμενους που εργάζονται σε δική τους επιχείρηση ή ασκούν οποιαδήποτε εργασία για δικό τους λογαριασμό και προς ίδιο αυτών όφελος.

Προαιρετικά Ασφαλισμένοι

Οποιοσδήποτε υποχρεωτικά ασφαλισμένος μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος παύει για οποιοδήποτε λόγο να εργάζεται και επιθυμεί να διασφαλίσει τα συνταξιοδοτικά του ωφελήματα, μπορεί και έχει το δικαίωμα να ζητήσει συνέχιση της ασφάλισης του πάνω σε προαιρετική βάση, υπό την προϋπόθεση ότι θα έχει πραγματική ασφάλιση ίση με μία (1) τουλάχιστο ασφαλιστική μονάδα. Να έχει δηλαδή καταβάλει εισφορές ως μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος πάνω σε αποδοχές ίσες με το ετήσιο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών (Βλέπε Παράρτημα 1).

Δικαίωμα επίσης σε προαιρετική ασφάλιση έχει και οποιοδήποτε πρόσωπο που έχει τη συνήθη διαμονή του στην Κύπρο και εργάζεται εκτός Κύπρου στην υπηρεσία Κύπριου εργοδότη σε έδαφος τρίτης χώρας έστω και αν δεν έχει προηγούμενα ασφάλιση στην Κύπρο.

Εθνοφρουροί

Για άρρενες πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας που κλητεύονται να υπηρετήσουν τη θητεία τους στην Εθνική Φρουρά, το Κράτος καταβάλλει ειδική εισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Βλέπε Παράρτημα 2).

Εισφορές

Η εισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι αναλογική και καθορίζεται ως ποσοστό πάνω στις αποδοχές (μισθοί/ημερομίσθια ή εισοδήματα) του ασφαλισμένου που λαμβάνονται υπόψη για σκοπούς Κοινωνικών Ασφαλίσεων και οι οποίες είναι ευρύτερα γνωστές ως «ασφαλιστέες αποδοχές». Η εισφορά αυτή επιμερίζεται στην περίπτωση του μισθωτού μεταξύ του ασφαλισμένου, του εργοδότη και του Κράτους και στην περίπτωση των αυτοτελώς εργαζομένων και προαιρετικά ασφαλισμένων μεταξύ των ιδίων των ασφαλισμένων και του Κράτους ως ακολούθως:

Κατηγορία Ασφαλισμένων	Εισφορές κατά κατηγορία Ασφαλισμένων			
	Συνολικό Ποσοστό	Ποσοστό Εισφοράς Εργοδότη	Ποσοστό Εισφοράς Ασφαλισμένου	Ποσοστό Εισφοράς Κράτους
Μισθωτοί	21.5%	8.3%	8.3%	4.9%
Μισθωτοί των οποίων ο εργοδότης εφαρμόζει Επαγγελματικό Σχέδιο Συντάξεων χωρίς εισφορές από μέρους του ασφαλισμένου	21.5%	12.4%	4.2%	4.9%
Αυτοτελώς Εργαζόμενοι	20.5%	---	15.6%	4.9%
Προαιρετικά ασφαλισμένοι που διακόπτουν την υποχρεωτική Ασφάλιση	18.4%	---	14.0%	4.4%
Προαιρετικά ασφαλισμένοι με Κύπριο εργοδότη στο εξωτερικό	21.5%	---	16.6%	4.9%
Εθνοφρουροί	1.25%	1.25%	---	---

Τα πιο πάνω ποσοστά ισχύουν για την περίοδο από 1η Ιανουαρίου, 2019 μέχρι 31η Δεκεμβρίου 2023 και αυξάνονται ανά 5ετία κατά 1.3% μέχρι το 2039, δηλαδή ποσοστό 0.5% από τον εργοδότη, 0.5% από τον ασφαλισμένο και 0.3% από το Κράτος.

Η εισφορά των μισθωτών και των προαιρετικά ασφαλισμένων που απασχολούνται με Κύπριο εργοδότη στο εξωτερικό υπολογίζεται πάνω στις πραγματικές αποδοχές από την εργασία τους ενώ των αυτοτελώς εργαζομένων υπολογίζεται βάση ενός κατώτατου εβδομαδιαίου τεκμαρτού εισοδήματος, το ύψος του οποίου καθορίζεται με βάση την επαγγελματική κατηγορία του κάθε ασφαλισμένου και πάνω σ' αυτό έχει υποχρέωση να καταβάλλει την εισφορά του. Αυτοτελώς εργαζόμενοι που αποδεδειγμένα έχουν εισοδήματα λιγότερα από το κατώτατο τεκμαρτό της κατηγορίας τους, μπορούν να ζητήσουν με αίτηση τους να πληρώνουν πάνω στα πραγματικά τους εισοδήματα.

Ασφαλισμένος που εργάζεται ταυτόχρονα ως μισθωτός και ως αυτοτελώς εργαζόμενος, έχει υποχρέωση να καταβάλλει εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και υπό τις δύο ιδιότητες του.

Οι προαιρετικά ασφαλισμένοι που διακόπτουν την υποχρεωτική ασφάλιση τους επιλέγουν οι ίδιοι το ποσό των ασφαλιστέων αποδοχών πάνω στις οποίες θα καταβάλλουν την



εισφορά τους. Το ποσό ασφαλιστέων αποδοχών που επιλέγουν δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει το ύψος των ασφαλιστέων αποδοχών πάνω στις οποίες κατέβαλε εισφορές κατά το τελευταίο συμπληρωμένο έτος πριν από την έναρξη της προαιρετικής του ασφάλισης ή του ενός τρίτου (1/3) του ύψους των ασφαλιστέων του αποδοχών κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια πριν από την έναρξη της προαιρετικής του ασφάλισης. Αν τα πιο πάνω ποσά είναι λιγότερα από το ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών τότε δικαιούται να επιλέξει την πληρωμή των εισφορών του με βάση το ποσό των Βασικών Ασφαλιστέων Αποδοχών.

Εισφορά για Εθνοφρουρούς

Οι εισφορές για την περίοδο υπηρεσίας στην Εθνική Φρουρά θεωρούνται ότι αντιστοιχούν σε ασφαλιστέες αποδοχές ίσες με το ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών. Οι αποδοχές αυτές λαμβάνονται υπόψη ως εξομοιούμενες αποδοχές για όλες τις παροχές και ως πραγματικές ασφαλιστέες αποδοχές για σκοπούς συντάξεως ανικανότητας, χρείας και επιδόματος ορφανίας στην περίπτωση που η ανικανότητα ή ο θάνατος δεν προκλήθηκε συνεπεία της υπηρεσίας του ασφαλισμένου στην Εθνική Φρουρά, καθώς και για σκοπούς πληρωμής επιδόματος ασθενείας όταν η ανικανότητα για εργασία προκλήθηκε από ατύχημα που επισυμβαίνει κατά τους πρώτους έξι (6) μήνες που έπονται της απόλυσης του από την Εθνική Φρουρά.

Τερματισμός υποχρέωσης πληρωμής εισφορών

Η υποχρέωση για πληρωμή εισφορών τόσο από μισθωτούς όσο και από αυτοτελώς εργαζομένους παύει από την ημέρα που ο ασφαλισμένος συμπληρώνει τη συντάξιμη ηλικία που σήμερα είναι το 65ο έτος. Ασφαλισμένος που συμπληρώνει την ηλικία αυτή και δεν θεμελιώνει δικαίωμα σε θεσμοθετημένη σύνταξη μπορεί να συνεχίσει την πληρωμή εισφορών υπό οποιαδήποτε ιδιότητα μέχρι να ικανοποιήσει τις απαιτούμενες προϋποθέσεις. Σε καμία ωστόσο περίπτωση δεν μπορεί να πληρώσει εισφορές για περιόδους μετά τη συμπλήρωση του 68ου έτους της ηλικίας του.

Προθεσμία πληρωμής εισφορών

Μισθωτοί

Την ευθύνη πληρωμής των εισφορών των μισθωτών, τόσο στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων όσο και στα άλλα Ταμεία, την έχει ο εργοδότης ο οποίος κατακρατεί από το μισθό του ασφαλισμένου και το δικό του ποσοστό στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στο Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (ΓΕΣΥ) και υποχρεούται με τη συμπλήρωση του εντύπου ΥΚΑ2 002 - Κατάσταση Αποδοχών και Εισφορών (Βλέπε Παράρτημα 3) που περιλαμβάνει και τις εισφορές του ιδίου του εργοδότη, στα άλλα Ταμεία όπως το Κεντρικό Ταμείο Αδειών, το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό, το Ταμείο Αρχής Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, το Ταμείο Κοινωνικής Συνοχής σε ποσοστό 8%, 1.2%, 0.5% αντίστοιχα πάνω

στις ασφαλιστέες αποδοχές και 2% πάνω στις πραγματικές αποδοχές αντίστοιχα, να τις πληρώσει μέχρι το τέλος του ημερολογιακού μήνα που ακολουθεί το μήνα εισφορών για τον οποίο οφείλονται οι εισφορές.

Σημειώνεται ότι εργοδότης που με βάση συλλογική σύμβαση καταβάλλει στους εργοδοτούμενους του ετήσια άδεια πέραν των υπό του Νόμου καθορισμένων ημερών (20 για 5νθήμερη εργασία και 24 για 6ήμερη εργασία) μπορεί να ζητήσει την εξαίρεση του από την υποχρέωση πληρωμής εισφορών στο Κεντρικό Ταμείο Αδειών.

Αυτοτελώς Εργαζόμενοι

Κάθε αυτοτελώς εργαζόμενος που είναι υπόχρεος για καταβολή εισφορών οφείλει να τις καταβάλλει ανά τρίμηνο ως ακολούθως:

Προθεσμία καταβολής εισφορών Αυτοτελώς Εργαζομένων	
Μήνες εισφορών	Τελευταία ημερομηνία πληρωμής
Ιανουάριος - Μάρτιος	10 επόμενου Μαΐου
Απρίλιος - Ιούνιος	10 επόμενου Αυγούστου
Ιούλιος - Σεπτέμβριος	10 επόμενου Νοεμβρίου
Οκτώβριος - Δεκέμβριος	10 επόμενου Φεβρουαρίου

Εργοδότες και αυτοτελώς εργαζόμενοι που καθυστερούν την πληρωμή των υπ'αυτών οφειλομένων εισφορών πέραν των καθορισμένων προθεσμιών, τότε τους επιβάλλεται πρόσθετο τέλος πάνω στο οφειλόμενο ποσό σε ποσοστό 3% για κάθε μήνα καθυστέρησης μέχρι και 27% για εννέα ή περισσότερους μήνες καθυστέρησης.

Σημειώνεται ότι από τον Ιανουάριο του 2021 η πληρωμή των εισφορών εργοδοτών και αυτοτελώς εργαζομένων γίνεται στον καθορισμένο για κάθε κατηγορία χρόνο, διαδικτυακά μέσω του Διαδικτυακού Συστήματος πληρωμής εισφορών Κοινωνικών Ασφαλίσεων **Κ.Α. S.I. S net**.

Προαιρετικοί Ασφαλισμένοι

Ασφαλισμένοι που κατέχουν πιστοποιητικό προαιρετικής ασφάλισης μπορούν να πληρώσουν τις εισφορές τους οποτεδήποτε αυτοί αποφασίσουν αλλά όχι πέραν των δώδεκα (12) μηνών από την λήξη του έτους εισφορών για το οποίο καταβάλλονται οι εισφορές. Σημειώνεται ότι καμία εισφορά μπορεί να εισπραχθεί μετά την εκπνοή της περιόδου των δώδεκα (12) μηνών.



Περίοδοι Εξομοιούμενης Ασφάλισης

Κάθε ασφαλισμένος λογίζεται ότι έχει ασφαλιστέες αποδοχές για τις οποίες όμως δεν έχει υποχρέωση πληρωμής εισφορών στις πιο κάτω περιπτώσεις:

(α) για οποιαδήποτε περίοδο μετά το 16ο έτος της ηλικίας του κατά την οποία τυγχάνει τακτικής εκπαίδευσης ή μαθητείας (Παράρτημα 4). Για σκοπούς θεμελίωσης δικαιώματος σε σύνταξη γήρατος λαμβάνονται υπόψη μόνο μέχρι έξι (6) χρόνια εκπαίδευσης ενώ για σκοπούς σύνταξης ανικανότητας και χρείας όλα τα χρόνια αποδεδειγμένης τακτικής φοίτησής του.

(β) για την περίοδο που αρχίζει την πρώτη ημέρα του έτους εισφορών που προηγείται του έτους εισφορών μέσα στο οποίο έχει ασφαλιστεί και λήγει την τελευταία εβδομάδα πριν την εβδομάδα μέσα στην οποία ασφαρίζεται. Η εξομοιούμενη αυτή περίοδος ασφάλισης λαμβάνεται υπόψη μόνο για σκοπούς θεμελίωσης δικαιώματος σε βραχυπρόθεσμες παροχές.

(γ) για οποιαδήποτε περίοδο λαμβάνει επίδομα ασθενείας, ανεργίας, πατρότητας, μητρότητας, σωματικής βλάβης ή σύνταξης ανικανότητας από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

(δ) για την περίοδο που απουσιάζει από την εργασία του με γονική άδεια (Παράρτημα 5).

(ε) για οποιαδήποτε περίοδο διάρκειας μέχρι και έξι (6) μήνες δηλωμένης ανεργίας ή ασθενείας για την οποία δεν δικαιούται σε πληρωμή επιδόματος.

(στ) Για περιόδους εφαρμογής των ειδικών Σχεδίων επιδότησης των εργαζομένων μέσα στα πλαίσια του περί Εκτάκτων Μέτρων που λαμβάνονται από το Υπουργείο Εργασίας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας του ιού COV-ID 19 Νόμου 27(1) του 2020.

Το ποσό των εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών για περιόδους που δεν πληρώνεται επίδομα ή σύνταξη ανικανότητας είναι ίσο με το ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών ενώ για περιόδους που ο ασφαλισμένος δικαιούται και πληρώνεται επίδομα ή σύνταξη ανικανότητας, το ποσό των εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών είναι ίσο με την αξία των ασφαλιστικών μονάδων με βάση τις οποίες υπολογίστηκε το ύψος της παροχής. Τονίζεται ότι σε καμία περίπτωση το ποσό των εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών μπορεί να υπολείπεται των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών.

Περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης σε περιπτώσεις θανάτου ασφαλισμένου ή μόνιμης ανικανότητας για εργασία

Ασφαλισμένος που απεβίωσε ή που μένει μόνιμα ανίκανος για εργασία πριν από τη συμπλήρωση της ηλικίας των 63 χρόνων, η περίοδος από την ημέρα του θανάτου του ή της ανικανότητάς του για εργασία μέχρι την ημέρα που ο ασφαλισμένος θα συμπλήρωνε την ηλικία των 63 χρόνων θεωρείται ως περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης. Για την περίοδο αυτή ο ασφαλισμένος λογίζεται ότι έχει εβδομαδιαίο ποσό εξομοιούμενης ασφάλισης ίσο με την εβδομαδιαία αξία του ετήσιου μέσου όρου των ασφαλιστικών μονάδων συμπληρωματικής ασφάλισης του από τις 6.10.1980 που τέθηκε σε εφαρμογή το Αναλογικό Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή από την αρχή του έτους εισφορών μέσα

στο οποίο ο ασφαλισμένος συμπλήρωσε το 16ο έτος της ηλικίας του ή αν τούτο είναι ευεργετικότερο για τον ασφαλισμένο από την ημερομηνία συμπλήρωσης του 25ου έτους νοουμένου ότι και οι δύο ημερομηνίες είναι μετά τις 6.10.1980.

Περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης για φροντίδα παιδιών

Ασφαλισμένη γυναίκα δικαιούται για σκοπούς απόκτησης δικαιώματος σε σύνταξη ή αύξησης του ποσού αυτής, για κάθε παιδί που έχει γεννήσει ή υιοθετήσει εξομοιούμενες ασφαλιστέες αποδοχές για χρονική περίοδο μέχρι 156 εβδομάδες μέσα στο διάστημα των δώδεκα (12) χρόνων από τη γέννηση του παιδιού για κάλυψη τυχόν κενών που παρουσιάζονται στην ασφάλιση της μέσα στη συγκεκριμένη αυτή περίοδο (Παράρτημα 6).

Διαχωρισμός Ασφαλιστέων Αποδοχών

Οι πραγματικές και εξομοιούμενες ασφαλιστέες αποδοχές του ασφαλισμένου σε κάθε έτος εισφορών μετατρέπονται σε ασφαλιστικές μονάδες. Η πρώτη ασφαλιστική μονάδα ή μέρος αυτής αποτελεί τη βασική ασφάλιση και οποιοσδήποτε αριθμός μονάδων πέραν της πρώτης αποτελεί τη συμπληρωματική ασφάλιση.

Ο πιο πάνω διαχωρισμός γίνεται γιατί, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, οι βασικές παροχές υπολογίζονται πάνω στη βασική ασφάλιση ενώ οι συμπληρωματικές παροχές πάνω στη συμπληρωματική ασφάλιση.

Παροχές

Οι παροχές που προβλέπονται από το Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι:

Βοηθήματα: Τοκετού, Κηδείας

Επιδόματα: Πατρότητας, Μητρότητας, Ασθενείας, Ανεργίας και Ορφανίας

Συντάξεις: Θεσμοθετημένη Χηρείας, Ανικανότητας, Αγνοουμένου

Παροχές για εργατικά ατυχήματα

Επίδομα Σωματικής Βλάβης

Παροχές λόγω αναπηρίας

(i) Σύνταξη Αναπηρίας

(ii) Βοήθημα Αναπηρίας

Παροχές λόγω θανάτου

Σύνταξη Χηρείας

Επίδομα Ορφανίας

Σύνταξη Γονέα



Δικαιούχοι στις πιο πάνω παροχές είναι:

Μισθωτοί: Δικαιούνται σε όλες ανεξάριε τις παροχές που αναφέρονται πιο πάνω.

Αυτοτελώς Εργαζόμενοι: Δεν δικαιούνται του επιδόματος Ανεργίας και των παροχών για εργατικά ατυχήματα.

Προαιρετικά Ασφαλισμένοι:

I. Που διακόπτουν την Υποχρεωτική Ασφάλιση τους (εσωτερικού)	Δικαιούνται μόνο τη θεσμοθετημένη σύνταξη, τη σύνταξη χηρείας και τα βοηθήματα, Τοκετού και Κηδείας. Η εισφορά τους λαμβάνεται υπόψη όχι για θεμελίωση δικαιώματος σε σύνταξη ανικανότητας αλλά για αυξημένο ποσό σύνταξης.
II. Απασχολούμενοι με Κύπριο εργοδότη στο εξωτερικό (εξωτερικού).	Δεν δικαιούνται μόνο τις παροχές για εργατικά ατυχήματα.

Βοηθήματα Τοκετού και Κηδείας

Βοήθημα Τοκετού:

Το βοήθημα αυτό καταβάλλεται στη μητέρα είτε με βάση τη δική της ασφάλιση είτε εκείνης του συζύγου της, ανεξάρτητα από κατηγορία ασφάλισης.

Βασική προϋπόθεση για την πληρωμή του βοηθήματος τοκετού είναι να γίνει τοκετός από τον οποίο γεννιέται ζωντανό παιδί ή νεκρό μετά από κύηση 28 τουλάχιστο εβδομάδων και κατά την ημέρα του τοκετού η ίδια η μητέρα ή ο σύζυγος της να ικανοποιεί τις πιο κάτω προϋποθέσεις εισφοράς.

- (i) να έχει πραγματική ασφάλιση ίση τουλάχιστο με το 0.50 της ασφαλιστικής μονάδας και να έχουν περάσει τουλάχιστο είκοσι έξι (26) εβδομάδες από την εβδομάδα έναρξης της ασφάλισης του/της, και
- (ii) να έχει πραγματική ή εξομοιούμενη ασφάλιση ίση τουλάχιστο με το 0.39 της ασφαλιστικής μονάδας μέσα στο σχετικό έτος εισφορών.

Το ποσό του βοηθήματος τοκετού καταβάλλεται υπό μορφή εφάπαξ και ισούται με το 6% του εκάστοτε ετήσιου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών. Το ετήσιο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών για το 2022 είναι €9,682 και το ποσό του βοηθήματος τοκετού ανέρχεται σε €580.92 (€9,682 X 6%). Σε περίπτωση που γεννιούνται δίδυμα ή πιο πολλά παιδιά το ποσό αυτό καταβάλλεται για κάθε νεογέννητο.

Βοήθημα Κηδείας:

Το Βοήθημα Κηδείας πληρώνεται για το θάνατο:

- (i) ασφαλισμένου ή εξαρτωμένου του και κατά το χρόνο του θανάτου ενός εκ των

- δύο ο ασφαλισμένος θα πρέπει να ικανοποιεί τις (i) και (ii) προϋποθέσεις εισφοράς που απαιτούνταν και στην περίπτωση πληρωμής του βοηθήματος τοκετού,
- (ii) προσώπου που παίρνει Θεσμοθετημένη Σύνταξη, σύνταξη ανικανότητας, σύνταξη χρειάς, επιδόματος αγνοουμένου ή σύνταξη γονέος,
- (iii) ορφανού για το οποίο πληρώνεται επίδομα ορφανίας, και
- (iv) προσώπου που είναι εξαρτώμενο δικαιούχου σε σύνταξη ως το (ii) πιο πάνω.

Το Βοήθημα Κηδείας πληρώνεται στη χήρα ή το χήρο του ασφαλισμένου/νης που πέθανε και αν δεν υπάρχει χήρος ή χήρα στο πρόσωπο που ανέλαβε τα έξοδα της κηδείας.

Σε περίπτωση θανάτου εξαρτωμένου, το βοήθημα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ή στο συνταξιούχο ανάλογα με την περίπτωση και του οποίου ο θανών/ούσα ήταν εξαρτώμενο.

Το ποσό του βοηθήματος κηδείας καταβάλλεται υπό μορφή εφάπαξ ποσού και ισούται με το 5.6%, του εκάστοτε ετήσιου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών.

Σήμερα το ποσό αυτό ανέρχεται στα €542.19 (€9,682 X 5.6%). Στην περίπτωση θανάτου εξαρτωμένων ασφαλισμένου ή συνταξιούχου το ποσό αυτό μειώνεται στο ήμισυ, δηλαδή στα €271.10.

Προθεσμία υποβολής αίτησης:

Αίτηση για πληρωμή των Βοηθημάτων Τοκετού και Κηδείας (Βλέπε Παραρτήματα 7 και 8 αντίστοιχα) πρέπει να υποβάλλεται μέσα σε περίοδο δώδεκα (12) μηνών από την ημέρα του τοκετού ή του θανάτου. Σε περίπτωση παράλειψης υποβολής της αίτησης μέσα στην καθορισμένη χρονική περίοδο των δώδεκα (12) μηνών, τότε το δικαίωμα σε πληρωμή του βοηθήματος αποσβένεται.

Επίδομα Ασθενείας, Ανεργίας, Μητρότητας, Πατρότητας

Επίδομα ασθενείας

Το επίδομα αυτό το δικαιούνται οι ασφαλισμένοι μισθωτοί, αυτοτελώς εργαζόμενοι και προαιρετικά ασφαλισμένοι στην υπηρεσία Κύπριου εργοδότη στο εξωτερικό. Ασφαλισμένοι ηλικίας κάτω των 16 ετών και άνω των 63 ετών δεν το δικαιούνται εκτός και αν με τη συμπλήρωση του 63ου έτους της ηλικίας τους και μετά δεν αποκτούν δικαίωμα σε Θεσμοθετημένη Σύνταξη οπότε στην περίπτωση αυτή η πληρωμή του επιδόματος ασθενείας παρατείνεται μέχρι που ο ασφαλισμένος συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας του.

Βασική προϋπόθεση για την πληρωμή επιδόματος ασθενείας είναι ο ασφαλισμένος να αποδείξει ότι δεν εργάζεται λόγω επιβεβαιωμένης, από εγγεγραμμένο εν ενεργεία ιατρό, ασθενείας και ότι κατά τη διάρκεια της ασθένειας του δεν πληρώνεται ολόκληρο το μισθό του από τον εργοδότη του και επιπλέον να ικανοποιεί τις πιο κάτω προϋποθέσεις εισφοράς.



- (i) ο ασφαλισμένος να έχει πραγματική ασφάλιση ίση τουλάχιστο με το 0.50 της ασφαλιστικής μονάδας και να έχουν παρέλθει τουλάχιστο είκοσι έξι (26) εβδομάδες από την εβδομάδα έναρξης της απασχόλησής του, και
- (ii) να έχει πραγματική ή εξομοιούμενη ασφάλιση ίση τουλάχιστο με το 0.39 της ασφαλιστικής μονάδας μέσα στο σχετικό έτος εισφοράς.

Περίοδος πληρωμής επιδόματος

Για τους μισθωτούς αρχίζει να πληρώνεται από την 4η ημέρα της ανικανότητας τους για εργασία.

Για τους αυτοτελώς εργαζομένους αρχίζει να πληρώνεται από την 10η ημέρα της ανικανότητας τους για εργασία και από την 4η ημέρα της ανικανότητας τους αν αυτή προκλήθηκε συνεπεία οποιουδήποτε ατυχήματος ή αν ο ίδιος παρέμεινε σε νοσηλευτικό ίδρυμα (Νοσοκομείο ή Κλινική) για μια τουλάχιστο νύκτα. Το επίδομα ασθενείας πληρώνεται μέχρι και 156 ημέρες με δυνατότητα κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις να παραταθεί για άλλες 156 ημέρες.

Υπολογισμός ύψους επιδόματος

Το ύψος του επιδόματος ασθενείας όπως και των άλλων επιδομάτων καθορίζεται με βάση τον εβδομαδιαίο μέσο όρο των πραγματικών και εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών του ασφαλισμένου μέσα στο σχετικό έτος εισφορών. Το μέγιστο ύψος του επιδόματος για το δεύτερο εξάμηνο 2022 είναι €372.40 την εβδομάδα.

Το επίδομα ασθενείας περιλαμβάνει βασικό και συμπληρωματικό επίδομα. Το εβδομαδιαίο ποσό του βασικού επιδόματος είναι ίσο με το 60% της εβδομαδιαίας αξίας της ασφαλιστικής μονάδας του δικαιούχου μέσα στο σχετικό έτος εισφορών και αυξάνεται κατά 20% για τον/την εξαρτώμενο/η σύζυγο και κατά το 10% για κάθε ένα από τα εξαρτώμενα παιδιά του μέχρι δύο (2). Η αύξηση για τον/την εξαρτώμενο/η σύζυγο καταβάλλεται στην περίπτωση που αυτός/αυτή δεν εργάζεται ή αν εργάζεται οι αποδοχές του/της και η τυχόν παροχή που δυνατό να λαμβάνει από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων υπολείπεται του ποσού που θα του/της καταβαλόταν ως αύξηση για εξαρτώμενο. Σε περίπτωση που ο/η σύζυγος δεν δικαιούται αύξηση ως εξαρτώμενο του/της συζύγου του/της τότε η αύξηση που καταβάλλεται στο/στη σύζυγο περιορίζεται στο 10% για κάθε εξαρτώμενο παιδί μέχρι τα δύο (2).

Το εβδομαδιαίο ποσό του συμπληρωματικού επιδόματος είναι ίσο με το 50% της εβδομαδιαίας αξίας της ασφαλιστικής μονάδας του δικαιούχου που υπερβαίνει τις βασικές ασφαλιστέες αποδοχές του. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί κάποιος να πληρωθεί συμπληρωματικό επίδομα πέραν του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που για το 2022 είναι €186.20.

Αν ο ασφαλισμένος λαμβάνει μέρος των απολαβών του από τον εργοδότη του κατά τη διάρκεια της περιόδου ασθενείας του, τότε το ποσό του επιδόματος μειώνεται έτσι που το ολικό ποσό των απολαβών και του επιδόματος του να μην υπερβαίνει τις κανονικές απολαβές του.

Επανάκτηση Δικαιώματος

Ασφαλισμένος που εξάντλησε το δικαίωμα του για 156 εργάσιμες ημέρες μπορεί να επανακτήσει το δικαίωμα του σε επίδομα ασθενείας για άλλες 156 ημέρες αν απασχοληθεί για δεκατρείς (13) εβδομάδες από την τελευταία ημέρα που πήρε επίδομα και κατέβαλε εισφορές πάνω σε ασφαλιστέες αποδοχές ίσες με είκοσι έξι (26) φορές το εβδομαδιαίο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών.

Επίδομα Ανεργίας

Το επίδομα ανεργίας σε αντίθεση με το επίδομα ασθενείας δεν το δικαιούνται οι αυτοτελώς εργαζόμενοι καθώς και οι ασφαλισμένοι ηλικίας κάτω των 16 ετών και άνω των 63 χρόνων. Τούτο μπορεί να πληρωθεί και σε ασφαλισμένο πέραν των 63 χρόνων και μέχρι το 65ο έτος της ηλικίας του αν μέσα στην περίοδο αυτή δεν αποκτή δικαιώμα σε Θεσμοθετημένη Σύμβαση.

Ασφαλισμένος που παραμένει άνεργος και είναι ικανός και διαθέσιμος για εργασία εγγράφεται στο μητρώο ανέργων το οποίο και υπογράφει σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες Απασχόλησης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ακολουθώντας τη διαδικασία αυτή διεκδικεί την πληρωμή προς αυτόν του επιδόματος ανεργίας.

Επίδομα ανεργίας δικαιούται και άνεργος που παρακολουθεί μαθήματα επαγγελματικής εκπαίδευσης με βάση σχέδιο εγκεκριμένο από τον Υπουργό.

Ασφαλιστικές Προϋποθέσεις

Οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις για την πληρωμή του επιδόματος ανεργίας είναι ακριβώς οι ίδιες με εκείνες του επιδόματος ασθενείας όπως αυτές αναφέρονται στις υποπαραγράφους (i) και (ii) της δεύτερης παραγράφου του επιδόματος ασθενείας.

Περίοδος πληρωμής επιδόματος

Μισθωτοί από την 4η ημέρα της ανεργίας των και προαιρετικά ασφαλισμένου στην υπηρεσία Κύπριου εργοδότη στο εξωτερικό: από την 31η ημέρα της ανεργίας των και διαρκεί μέχρι και 156 ημέρες.

Υπολογισμός ύψους επιδόματος

Ο υπολογισμός του ύψους του επιδόματος ανεργίας τόσο στο βασικό όσο και στο συμπληρωματικό επίδομα γίνεται κατά τον ίδιο τρόπο και με τα ίδια ποσοστά όπως και το επίδομα ασθενείας. Το μέγιστο ύψος του επιδόματος για το δεύτερο εξάμηνο του 2022 είναι €372.40 την εβδομάδα.

Επανάκτηση Δικαιώματος σε επίδομα ανεργίας

Άνεργος που εξαντλεί το δικαίωμα του σε επίδομα ανεργίας για περίοδο 156 ημερών μπορεί να το επανακτήσει αν από την τελευταία ημέρα επιδότησης του απασχοληθεί για είκοσι έξι (26) εβδομάδες και καταβάλει εισφορές πάνω σε ασφαλιστέες αποδοχές που στο σύνολο τους να μην είναι λιγότερες από 26 φορές το εβδομαδιαίο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών. Στην περίπτωση που ο άνεργος είναι ηλικίας πέραν των 60



ετών και δεν δικαιούται σύνταξη από οποιοδήποτε Επαγγελματικό Σχέδιο, επανακτά το δικαίωμα του σε επίδομα ανεργίας αν έχει απασχοληθεί για δεκατρείς (13) εβδομάδες και έχει καταβάλει εισφορές πάνω σε ασφαλιστές αποδοχές ίσες με 26 φορές το εβδομαδιαίο ποσό των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών.

Σημειώνεται ότι ασφαλισμένοι που αφυπηρέτησαν κανονικά ή πρόωρα από την υπηρεσία τους και λαμβάνουν σύνταξη ή άλλο συνταξιοδοτικό ωφέλημα από Επαγγελματικό Σχέδιο Συντάξεων που εφαρμόζει ο εργοδότης και στο οποίο οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι δεν συνεισφέρουν (Δημόσιος και ευρύτερος δημόσιος τομέας) δεν δικαιούνται πληρωμή επιδόματος ανεργίας. Μπορούν, ωστόσο, να αποκτήσουν τέτοιο δικαίωμα αν μετά την αφυπηρέτησή τους απασχοληθούν σε άλλο εργοδότη και με βάση τις ασφαλιστές τους αποδοχές από το νέο τους εργοδότη ικανοποιούν τις προϋποθέσεις για πληρωμή του επιδόματος αυτού.

Επίδομα Μητρότητας

Δικαίωμα σε επίδομα μητρότητας έχει ασφαλισμένη μισθωτή, αυτοτελώς εργαζόμενη και προαιρετικά ασφαλισμένη στην υπηρεσία Κύπριου εργοδότη στο εξωτερικό η οποία αναμένει τοκετό ή έχει υιοθετήσει παιδί η ίδια ή ο σύζυγός της μέσα στα δώδεκα (12) πρώτα χρόνια από τη γέννηση του παιδιού.

Βασική προϋπόθεση για την πληρωμή του επιδόματος μητρότητας είναι η ασφαλισμένη να είναι με άδεια μητρότητας και κατά την περίοδο αυτή να μη λαμβάνει ολόκληρο το μισθό/ημερομίσθιο από τον εργοδότη της.

Ασφαλιστικές Προϋποθέσεις

Ιδίες με εκείνες των επιδομάτων ασθένειας και ανεργίας.

Περίοδος πληρωμής Επιδόματος Μητρότητας

Η ασφαλισμένη δικαιούται να πληρωθεί επίδομα μητρότητας για δεκαοκτώ (18) συνολικά εβδομάδες. Η περίοδος των δεκαοκτώ (18) εβδομάδων μπορεί να αρχίσει από οποιαδήποτε εβδομάδα μεταξύ της 9ης και 2ης εβδομάδας πριν από την εβδομάδα του αναμενόμενου τοκετού κατ' επιλογή πάντοτε της αιτήτριας και λήγει με την εξάντληση της χρονικής περιόδου των 18 εβδομάδων. Στην περίπτωση δεύτερου ή τρίτου τοκετού (ή περισσότερων), όποτε και η άδεια μητρότητας επεκτείνεται στις 22 και 26 συναπτές εβδομάδες αντίστοιχα, η περίοδος καταβολής του επιδόματος επεκτείνεται επίσης για την ίδια περίοδο.

Σε περίπτωση υιοθεσίας δικαιούται επίδομα μητρότητας για περίοδο δεκαέξι (16) εβδομάδων από την εβδομάδα της επίσημης υιοθεσίας που εκδίδεται από το οικογενειακό Δικαστήριο. Στην περίπτωση που η μισθωτή αποκτήσει δεύτερο ή τρίτο (ή περισσότερα παιδιά), όποτε και η άδεια μητρότητας επεκτείνεται στις 20 και 24 συναπτές εβδομάδες αντίστοιχα, η περίοδος καταβολής του επιδόματος επεκτείνεται επίσης για την ίδια περίοδο.

Σε περίπτωση που αμέσως μετά τον τοκετό το βρέφος επιβάλλεται να νοσηλευθεί σε

θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού είτε νοσηλεύεται λόγω άλλων προβλημάτων υγείας τότε παραχωρείται στη μητέρα πρόσθετο επίδομα μητρότητας μιας (1) εβδομάδας για κάθε είκοσι μίας (21) ημέρες νοσηλείας του βρέφους. Η επέκταση του επιδόματος μητρότητας παραχωρείται για περίοδο συνεχόμενη των δεκαοκτώ (18) εβδομάδων και δέω υπερβαίνει τις έξι (6) εβδομάδες. Αν η ασφαλισμένη υποβάλει την αίτηση της μετά τον τοκετό τότε η περίοδος των δεκαοκτώ (18) εβδομάδων καθορίζεται με βάση την ημερομηνία του τοκετού και όχι την ημερομηνία του αναμενόμενου τοκετού.

Σε περίπτωση τοκετού που απολήγει στη γέννηση περισσότερων του ενός παιδιού η χρονική περίοδος των δεκαοκτώ (18) συναπτών εβδομάδων αυξάνεται κατά 4 εβδομάδες για κάθε τέκνο πέραν του ενός από τον ίδιο τοκετό.

Γυναίκα που αποκτά δικαίωμα σε επίδομα μητρότητας μέσω παρένθετης μητέρας σύμφωνα με τις διατάξεις τους περί εφαρμογής της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής Νομοθεσίας δικαιούται επίδομα μητρότητας δεκαοκτώ (18) συνεχών συνολικά εβδομάδων δύο (2) εβδομάδες πριν από την εβδομάδα του αναμενόμενου τοκετού ή από την εβδομάδα του τοκετού κατ' επιλογή της αιτήτριας. Στην περίπτωση δεύτερου ή τρίτου τοκετού (ή περισσότερων), οπότε και η άδεια μητρότητας επεκτείνεται στις 22 και 26 συναπτές εβδομάδες αντίστοιχα, η περίοδος καταβολής του επιδόματος επεκτείνεται επίσης για την ίδια περίοδο.

Στην περίπτωση αυτή η παρένθετη μητέρα δικαιούται επίδομα μητρότητας για περίοδο 14 συναπτών εβδομάδων που δυνατό να αρχίζουν από τη δεύτερη εβδομάδα πριν από τον αναμενόμενο τοκετό.

Σημειώνεται ότι η επέκταση της περιόδου πληρωμής του επιδόματος μητρότητας για περίοδο πέραν των 18 εβδομάδων για λόγους που ο τοκετός απολήγει στη γέννηση περισσότερων του ενός παιδιού ή που το βρέφος νοσηλεύεται σε θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού ή άλλων προβλημάτων υγείας δεν εφαρμόζεται για την παρένθετη μητέρα και περιορίζεται στη βιολογική μητέρα.

Διευκρινίζεται πως η επέκταση της άδειας μητρότητας και της περιόδου καταβολής επιδόματος μητρότητας στις περιπτώσεις απόκτησης δεύτερου ή τρίτου (ή περισσότερων) τέκνων μέσω τοκετού ή υιοθεσίας, εφαρμόζεται και στις μισθωτές που βρίσκονταν σε άδεια μητρότητας κατά τις 5 Νοεμβρίου 2021, ημερομηνία κατά την οποία η συγκεκριμένη τροποποίηση της νομοθεσίας τέθηκε σε ισχύ.

Επίδομα Πατρότητας

Ασφαλισμένος σύζυγος του οποίου η σύζυγος γέννησε ή απέκτησε παιδί μέσω παρένθετης μητέρας ή ο ίδιος ή η σύζυγός του προέβησαν σε υιοθεσία παιδιού ηλικίας μέχρι 12 ετών δικαιούται επίδομα πατρότητας εφόσον ο ίδιος ικανοποιεί τις ίδιες ασφαλιστικές προϋποθέσεις που απαιτούνται για την πληρωμή του επιδόματος μητρότητας.

Διευκρινίζεται ότι ο όρος σύζυγος καλύπτει αυτούς που έχουν τελέσει γάμο θρησκευτικό, πολιτικό ή έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.



Τόσον το επίδομα μητρότητας όσο και εκείνο της Πατρότητας δε καταβάλλεται στις περιπτώσεις που ο /η σύζυγος λαμβάνουν πλήρεις αποδοχές από τον εργοδότη τους. Αντίθετα αν λαμβάνουν μέρος των αποδοχών τους τότε το επίδομα μειώνεται ώστε το άθροισμα του επιδόματος και των αποδοχών που λαμβάνουν να μην υπερβαίνει τις πλήρεις απολαβές.

Το επίδομα πατρότητας καταβάλλεται για περίοδο δύο (2) συναπτών εβδομάδων εντός του χρονικού διαστήματος που αρχίζει την Εβδομάδα γέννησης /υιοθεσίας του παιδιού και λήγει μετά την παρέλευση 16 εβδομάδων.

Η πιο πάνω περίοδος επεκτείνεται σε περίπτωση που η σύζυγος δικαιούται επίδομα μητρότητας πέραν των 18 εβδομάδων λόγω γέννησης διδύμων /τριδύμων κοκ ή νοσηλείας του νεογνού.

Ύψος επιδόματος Μητρότητας/Πατρότητας

Τόσο το ύψος του επιδόματος μητρότητας όσο και εκείνο του επιδόματος πατρότητας καθορίζεται με βάση τον εβδομαδιαίο μέσο όρο πραγματικών και εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών της/του ασφαλισμένης/ου μέσα στο σχετικό έτος εισφορών.

Το επίδομα μητρότητας/πατρότητας περιλαμβάνει βασικό και συμπληρωματικό επίδομα. Το εβδομαδιαίο ποσό του βασικού επιδόματος είναι ίσο με το 72% της εβδομαδιαίας αξίας της ασφαλιστικής μονάδας ή του κλάσματος αυτής που έχει εις πίστη της/του ασφαλισμένης/νου στη βασική τους ασφάλιση κατά το σχετικό έτος εισφορών και αυξάνεται στην περίπτωση του επιδόματος μητρότητας στο 80% ,90% και 100% όταν η δικαιούχος ως προστάτης οικογένειας έχει ένα ,δύο, ή τρία και περισσότερα εξαρτώμενα αντίστοιχα.

Το εβδομαδιαίο ποσό του συμπληρωματικού επιδόματος είναι και πάλι ίσο με το 72% της εβδομαδιαίας αξίας του αριθμού των ασφαλιστικών μονάδων που έχει εις πίστη της/του ασφαλισμένης /νου στη συμπληρωματική της/του ασφάλιση κατά το σχετικό έτος εισφορών.

Υπενθυμίζεται ότι σε περίπτωση που η ασφαλισμένη ή ο ασφαλισμένος λαμβάνουν μέρος των απολαβών τους από τον εργοδότη τους τότε το επίδομα μειώνεται ανάλογα έτσι που το άθροισμα των δύο να μην υπερβαίνει τις πλήρεις αποδοχές τους.

Προθεσμία υποβολής αίτησης

Η πληρωμή των επιδομάτων Ασθένειας, Μητρότητας και Πατρότητας προϋποθέτει την υποβολή αίτησης (Βλέπε Παραρτήματα 9, 10 και 11 αντίστοιχα) από μέρους του / της ασφαλισμένου/ης που να υποστηρίζεται από τα απαιτούμενα σε κάθε περίπτωση πιστοποιητικά. Η αίτηση και στις τρεις περιπτώσεις πρέπει να υποβάλλεται μέσα σε περίοδο είκοσι μία (21) ημερών από την ημέρα που απαιτείται η πληρωμή.

Αν η αίτηση υποβληθεί εκπρόθεσμα, τότε το επίδομα πληρώνεται αναδρομικά μόνο για είκοσι μία (21) ημέρες. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που ο /η αιτητής/αιτήτρια αποδείξει ότι έχει εύλογη αιτία στην καθυστέρηση της υποβολής της αίτησης τότε η περίοδος υποβολής της αίτησης δύναται να παραταθεί μέχρι και δώδεκα (12) μήνες.

Συντάξεις

Θεσμοθετημένη Σύνταξη

Δικαίωμα σε θεσμοθετημένη Σύνταξη (η σχετική αίτηση επισυνάπτεται στο Παράρτημα 12) έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι στο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανεξάρτητα από κατηγορία ασφάλισης που έχουν συμπληρώσει τη συντάξιμη ηλικία και ικανοποιούν τις σχετικές ασφαλιστικές προϋποθέσεις.

Συντάξιμη ηλικία

Συντάξιμη ηλικία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες είναι το 65ο έτος και παρατείνεται για σκοπούς θεμελίωσης δικαιώματος μέχρι την ηλικία των 68 ετών. Μεταλλωρύχος που έχει συμπληρώσει τρία (3) τουλάχιστο χρόνια απασχόλησης σε μεταλλείο η συντάξιμη ηλικία του θεωρείται το 63ο έτος και μειώνεται ανάλογα με τη διάρκεια της απασχόλησης του σε μεταλλείο μέχρι και το 58ο έτος αν ο συγκεκριμένος μεταλλωρύχος είχε απασχόληση σε μεταλλείο 25 τουλάχιστο χρόνια. Ειδική πρόνοια περιλήφθηκε στον Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Τροποποιητικό) Νόμο Αρ 194(1) του 2020 και παρέχεται ειδική παροχή σε άτομα με θαλασσαιμία κατά το πρότυπο της θεσμοθετημένης σύνταξης που βρίσκονται μεταξύ της ηλικίας των 50 και της συντάξιμης ηλικίας.

Διευκρινίζεται ότι η συντάξιμη ηλικία αναπροσαρμόζεται σύμφωνα με τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Τροποποιητικό Νόμο Αρ 193(1) του 2012 κάθε πέντε (5) χρόνια με βάση την μεταβολή του προσδόκιμου ζωής. Η πρώτη αναπροσαρμογή θα αντιστοιχεί στην μεταβολή του προσδόκιμου ζωής της πενταετίας 2018-2023. Η συντάξιμη ηλικία θα αυξάνεται σε τέτοια περίπτωση κατά έξι (6) μήνες ανά πενταετία δηλ. την 1η Ιανουαρίου 2024 θα αυξηθεί στα 65 1/2 την 1η Ιανουαρίου 2029 θα αυξηθεί στα 66 και τελικά τον Ιανουάριο του 2039 στα 67.

Ασφαλιστικές Προϋποθέσεις

Ο ασφαλισμένος να έχει:

(α) Δεκαπέντε (15) τουλάχιστον ασφαλιστικές μονάδες πραγματικής βασικής ασφάλισης και να έχουν περάσει 780 εβδομάδες από την εβδομάδα έναρξης της ασφάλισής του.



(β) Ο ολικός αριθμός ασφαλιστικών μονάδων πραγματικής και εξομοιούμενης βασικής ασφάλισης του ασφαλισμένου να μην είναι κατώτερος του 30% των ετών που εμπίπτουν στη σχετική περίοδο αναφοράς.

Θεσμοθετημένη Σύνταξη δικαιούται ωστόσο και ασφαλισμένος που συμπληρώνει την ηλικία των 63 χρόνων νοουμένου ότι στην περίπτωση αυτή ικανοποιούνται πρόσθετες ασφαλιστικές προϋποθέσεις, όπως ο ολικός αριθμός ασφαλιστικών μονάδων πραγματικής και εξομοιούμενης βασικής ασφάλισης του ασφαλισμένου να ισούται τουλάχιστο με το 70% των ετών που εμπίπτουν στη σχετική περίοδο αναφοράς (33 μονάδες) ή κατά τη συμπλήρωση της ηλικίας των 63 ετών δικαιούται σύνταξη ανικανότητας η είναι ηλικίας μεταξύ 63 και 65 ετών και θα δικαιούταν σύνταξη ανικανότητας αν δεν είχε συμπληρώσει την ηλικία των 63 ετών.

Αναβολή Πληρωμής Θεσμοθετημένης Σύνταξης

Ασφαλισμένος που αποκτά δικαίωμα σε Θεσμοθετημένη σύνταξη δικαιούται να ζητήσει αναβολή της έναρξης πληρωμής της μέχρι τη συμπλήρωση του 68ου έτους της ηλικίας του. Σε τέτοια περίπτωση το ύψος της Θεσμοθετημένης σύνταξης που θα του καταβαλλόταν αν δεν επέλεγε την αναβολή της αυξάνεται κατά 0.5% για κάθε ημερολογιακό μήνα αναβολής.

Υπολογισμός ύψους θεσμοθετημένης σύνταξης

Η θεσμοθετημένη σύνταξη περιλαμβάνει τη βασική και συμπληρωματική σύνταξη.

Βασική Σύνταξη

Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης είναι ίσο με το 60% της εβδομαδιαίας αξίας του ετήσιου μέσου όρου των ασφαλιστικών μονάδων που είχε προς όφελος του ο ασφαλισμένος στη βασική ασφάλιση κατά την περίοδο αναφοράς. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 80%, 90% ή 100% αν ο συνταξιούχος έχει ένα, δύο, τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα.

Σημειώνεται ότι ασφαλισμένος του οποίου η σύζυγος ασκεί ασφαλιστέα απασχόληση δεν θεωρείται εξαρτώμενο του προσώπου για σκοπούς της σύνταξης του και συνεπώς η αύξηση περιορίζεται μέχρι δύο εξαρτώμενα παιδιά σε ποσοστό 10% και 10% αντίστοιχα.

Συμπληρωματική Σύνταξη

Το εβδομαδιαίο ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης είναι ίσο με το 1,5% της εβδομαδιαίας αξίας του ολικού αριθμού ασφαλιστικών μονάδων της συμπληρωματικής ασφάλισης του ασφαλισμένου. Αν για παράδειγμα το σύνολο των ασφαλιστικών μονάδων στη συμπληρωματική ασφάλιση από τις 6.10.1980 που τέθηκε σε εφαρμογή το αναλογικό Σχέδιο μέχρι την τελευταία εβδομάδα μέσα στην οποία ο αιτητής συμπληρώνει τη συντάξιμη ηλικία του ή το 63ο έτος της ηλικίας του, αν επιλέξει να συνταξιοδοτηθεί

νωρίτερα είναι 90 μονάδες, τότε το ύψος της συμπληρωματικής του σύνταξης υπολογίζεται όπως πιο κάτω.

Το εβδομαδιαίο ύψος των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών του 2022 (€186.20) το πολλαπλασιάζεται επί του συντελεστή 1.5%, στη συνέχεια επί του συνόλου των μονάδων στη συμπληρωματική ασφάλιση (90 μονάδες) και τέλος επί 4 καθότι οι συντάξεις των Κοινωνικών Ασφαλίσεων πληρώνονται για 13 μήνες (52/13). Έτσι υπολογίζεται η μηνιαία συμπληρωματική σύνταξη που στη προκειμένη περίπτωση ανέρχεται στα €1,005.48 ($€186.20 \times 0.015 \times 90 \times 4 = €1,005.48$).

Το ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης μπορούμε να το υπολογίσουμε και με μία απλή πράξη πολλαπλασιάζοντας το σύνολο των μονάδων συμπληρωματικής Ασφάλισης επί του ύψους της μηνιαίας συμπληρωματικής σύνταξης που αποφέρει μία τέτοια ασφαλιστική μονάδα η οποία για το 2022 είναι €11.172 ($€186.20 \times 0.015 \times 4 = €11.172$). Επομένως, η συμπληρωματική σύνταξη του 2022 ανέρχεται στα €1,005.48 όπου ($90 \text{ μονάδες} \times €11.172 = €1,005.48$ μηνιαία σύνταξη).

Το σύνολο της σύνταξης βασικής και συμπληρωματικής ,σε καμία περίπτωση μπορεί να είναι λιγότερο από 85% της πλήρους βασικής σύνταξης που θα πληρωνόταν στο δικαιούχο αν είχε πλήρη ασφάλιση στο βασικό μέρος. Το ποσοστό αυτό για συνταξιούχο χωρίς εξαρτώμενο ανέρχεται σήμερα στα €379.85 το μήνα, με ένα εξαρτώμενο στα €506.45, με δύο εξαρτώμενα στα €569.77 και με τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα ανέρχεται στα €633.08. Το εγγυημένο αυτό ποσό σύνταξης είναι ευρύτερα γνωστό ως η κατώτατη σύνταξη.

Ασφαλισμένος που συνταξιοδοτείται πριν από την συμπλήρωση της συντάξιμης ηλικίας (65) και συνεχίζει να εργάζεται έχει υποχρέωση να συνεισφέρει στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι και την ηλικία των 65 ετών και με την συμπλήρωση της ηλικίας αυτής δικαιούται αύξηση στο εβδομαδιαίο ύψος της σύνταξής που ήδη του καταβάλλεται ίση με το 1/52 του 1.5% του συνόλου των ασφαλιστέων αποδοχών πάνω στις οποίες κατέβαλε εισφορές κατά την περίοδο μεταξύ του 63ου και 65ου έτους της ηλικίας του.

Αναλογιστική μείωση στη θεσμοθετημένη σύνταξη.

Σύμφωνα με τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Τροποποιητικό) Νόμο Αρ. 193(1) του 2012 που τέθηκε σε εφαρμογή την 1η Ιανουαρίου 2013, ασφαλισμένος που ικανοποιεί τις σχετικές προϋποθέσεις εισφοράς έχει δηλαδή το 70% του χρόνου ασφάλιση (33 πληρωμένες και εξομοιούμενες βασικές ασφαλιστικές μονάδες) και επιλέγει να συνταξιοδοτηθεί πριν από τη συμπλήρωση της συντάξιμης ηλικίας των 65 ετών τότε η σύνταξή του μειώνεται αναλογιστικά κατά 0.5% για κάθε μήνα πρόωρης συνταξιοδότηση. Αν για παράδειγμα επιλέξει να συνταξιοδοτηθεί στην ηλικία των 63 ετών τότε η σύνταξη του θα είναι μειωμένη κατά 12%, αν επιλέξει να συνταξιοδοτηθεί στην ηλικία των 63½ ετών η σύνταξη του θα είναι μειωμένη κατά 9%, αν επιλέξει να συνταξιοδοτηθεί στην ηλικία των 64 ετών η μείωση θα είναι 6% στην ηλικία των 64½ η μείωση θα είναι 3%.



Σημειώνεται ότι η αναλογιστική μείωση εφαρμόζεται και στις περιπτώσεις ασφαλισμένου/νης που δικαιούται την κατώτατη θεσμοθετημένη σύνταξη όσο και στην περίπτωση συνταξιούχου χρείας της/του οποίας/ου ο/η αποβιώσας/σασα σύζυγος ήταν συνταξιούχος με αναλογιστικά μειωμένη σύνταξη.

Πληρωμή Εφάπαξ ποσού αντί σύνταξης

Ασφαλισμένος/νη που συμπληρώνει την ηλικία των 68 ετών και κατά την ηλικία αυτή δεν ικανοποιεί τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για θεμελίωση δικαιώματος σε θεσμοθετημένη σύνταξη δικαιούται σε πληρωμή εφάπαξ ποσού υπό την προϋπόθεση ότι έχει πραγματική Βασική ασφάλιση ίση με έξι (6) τουλάχιστο ασφαλιστικές μονάδες και έχουν παρέλθει 312 εβδομάδες από την εβδομάδα έναρξης της ασφάλισης του. Το εφάπαξ ποσό ισούται με το 15% της αξίας του συνόλου των ασφαλιστικών μονάδων πραγματικής και εξομοιούμενης βασικής και συμπληρωματικής ασφάλισης που έχει εις πίστη του ο ασφαλισμένος.

Διευκρινίζεται ότι το πιο πάνω εφάπαξ ποσό δεν καταβάλλεται σε ασφαλισμένο/νη που εξασφαλίζει δικαίωμα σε κοινωνική σύνταξη.

Σύνταξη Ανικανότητας

Η σύνταξη ανικανότητας (η σχετική αίτηση επισυνάπτεται στο Παράρτημα 13) καταβάλλεται σε ασφαλισμένο μισθωτό αυτοτελώς εργαζόμενο ή προαιρετικά ασφαλισμένο που απασχολείται με Κύπριο εργοδότη στο εξωτερικό, ο οποίος είναι ηλικίας κάτω των 63 ετών και ικανοποιεί τις πιο κάτω προϋποθέσεις:

(α) να ήταν ανίκανος για εργασία για 156 τουλάχιστον ημέρες και να προβλέπεται ότι θα παραμείνει μόνιμα ανίκανος για εργασία, δηλ. να μην μπορεί να κερδίζει από εργασία που εύλογα αναμένεται να εκτελεί πάνω από το 1/3 του ποσού που συνήθως κερδίζει ένας υγιής εργαζόμενος της ίδιας επαγγελματικής κατηγορίας και μόρφωσης στην ίδια περιφέρεια ή πέραν του 1/2 του ποσού αυτού αν ο ασφαλισμένος είναι ηλικίας 60-63 ετών, και

(β) να ικανοποιεί τις σχετικές ασφαλιστικές προϋποθέσεις οι οποίες απαιτούν όπως ο ασφαλισμένος:

- έχει συμπληρώσει πραγματική βασική ασφάλιση 3 τουλάχιστο ασφαλιστικών μονάδων και να έχουν περάσει 156 εβδομάδες από την ημέρα της ασφάλισης του,
- έχει εβδομαδιαίο μέσο όρο πραγματικής και εξομοιούμενης βασικής ασφάλισης ίσο τουλάχιστο με το 25% των ετών που εμπίπτουν στη σχετική περίοδο αναφοράς, και
- έχει πραγματική ή εξομοιούμενη βασική ασφάλιση μέσα στο σχετικό έτος εισφορών ίση τουλάχιστο με το 0.39 της ασφαλιστικής μονάδας ή ο μέσος όρος τέτοιας ασφάλισης κατά τα 2 τελευταία συμπληρωμένα έτη εισφορών πριν από το έτος παροχών να μην είναι κατώτερος του 0.39 της ασφαλιστικής μονάδας.

Σημειώνεται ότι σε περίπτωση που η ανικανότητα του ασφαλισμένου προκλήθηκε συνεπεία οποιουδήποτε ατυχήματος εργατικού ή μη, οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις θεωρούνται ότι ικανοποιούνται αν ο ασφαλισμένος ικανοποιεί τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για επίδομα ασθενείας (βλέπε σχετικό κεφάλαιο πιο πάνω).

Το ύψος της Σύνταξης ανικανότητας - υπολογίζεται όπως πιο κάτω:

Κατ' αρχή η σύνταξη ανικανότητας περιλαμβάνει βασική και συμπληρωματική σύνταξη. Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης ανικανότητας σε ποσοστό 100% είναι ίσο με το 60% της εβδομαδιαίας αξίας του ετήσιου μέσου όρου ασφαλιστικών μονάδων, πραγματικής και εξομοιούμενης ασφάλισης, που έχει σε πίστη του ο ασφαλισμένος στη βασική ασφάλιση κατά την περίοδο αναφοράς. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 80%, 90% και 100% αν ο συνταξιούχος έχει ένα, δύο ή τρία και περισσότερα εξαρτώμενα. Αν η σύζυγος συνταξιούχου εργάζεται τότε αυτή δεν θεωρείται εξαρτώμενο του πρόσωπο για σκοπούς αύξησης της σύνταξης του και έτσι η αύξηση για εξαρτώμενα περιορίζεται μέχρι δύο εξαρτώμενα παιδιά με ποσοστό αύξησης της σύνταξης 10% και 10%.

Το εβδομαδιαίο ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης ανικανότητας είναι ίσο με το 1.5% της εβδομαδιαίας αξίας του συνολικού αριθμού ασφαλιστικών μονάδων στη συμπληρωματική ασφάλιση και περιλαμβάνει τον πραγματικό και τον εξομοιούμενο χρόνο ασφάλισης που καλύπτει την περίοδο από την ημέρα της ανικανότητας του για εργασία μέχρι την ημέρα που θα συμπλήρωνε την ηλικία των 63 χρόνων, όπως επεξηγείται στην παράγραφο υπό τον τίτλο «περίοδοι εξομοιούμενης ασφάλισης σε περίπτωση θανάτου ή μόνιμης ανικανότητας για εργασία».

Όταν το ποσοστό ανικανότητας είναι κάτω του 100% η σύνταξη ανικανότητας καθορίζεται ως ακολούθως:

(α) αν το ποσοστό ανικανότητας κυμαίνεται μεταξύ 50% - 66 1/3 και ο ασφαλισμένος είναι ηλικίας 60 - 63 ετών πληρώνεται σύνταξη ίση με το 60% της σύνταξης που θα του καταβάλλετο αν η ανικανότητά του για εργασία ήταν σε ποσοστό 100%,

(β) αν το ποσοστό ανικανότητας του είναι μεταξύ 66 2/3% - 75% ο ασφαλισμένος δικαιούται σύνταξη ίση με το 75% της σύνταξης που θα του καταβάλλετο αν ήταν 100% ανάικος για εργασία,

(γ) αν το ποσοστό ανικανότητας του είναι μεταξύ 76% - 99% πληρώνεται στον ασφαλισμένο σύνταξη ίση με το 85% της σύνταξης που θα του καταβάλλετο αν ήταν 100% ανάικος για εργασία.

Η τυχόν αύξηση που δικαιούνται στις περιπτώσεις (α-γ) αναπροσαρμόζεται ανάλογα με το ίδιο ποσοστό.

Η σύνταξη ανικανότητας μετατρέπεται σε θεσμοθετημένη σύνταξη όταν ο ασφαλισμένος συμπληρώσει το 63ο έτος της ηλικίας του χωρίς την ανάγκη υποβολής οποιασδήποτε αίτησης από μέρους του δικαιούχου και στην περίπτωση που η χορηγούμενη σύνταξη



ανικανότητας είναι μερική τότε η θεσμοθετημένη σύνταξη υπολογίζεται ως αν ο δικαιούχος έπαιρνε σύνταξη ανικανότητας σε ποσοστό 100%, χωρίς να εφαρμόζεται στην περίπτωση αυτή η αναλογιστική μείωση για το γεγονός ότι του καταβάλλεται θεσμοθετημένη σύνταξη από το 63ο έτος της ηλικίας του.

Η σύνταξη ανικανότητας αρχίζει να καταβάλλεται στο δικαιούχο εφόσον αυτός κριθεί ως μόνιμα ανίκανος για εργασία από την 157η ημέρα της ανικανότητας του για εργασία και τερματίζεται όταν συμπληρώσει την ηλικία των 63 ετών, εκτός και αν εν τω μεταξύ αποθεραπευθεί ή διαπιστωθεί μετά από έρευνα ότι εργάζεται και το εισόδημα που κερδίζει είναι τέτοιο που δεν δικαιολογείται συνέχιση της πληρωμής της σύνταξης του. Σημειώνεται τέλος ότι στους δικαιούχους συντάξεως ανικανότητας παρέχεται δωρεάν ιατρική περίθαλψη από Κυβερνητικά Νοσοκομεία ή Ιδρύματα.

Σύνταξη Χρείας

Χήρα η οποία κατά το χρόνο του θανάτου του συνταξιούχου συζύγου της και \ή χήρος ο οποίος κατά το χρόνο του θανάτου της συνταξιούχου συζύγου του συζούσε με αυτήν\ αυτόν ή συντηρείτο αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο από αυτόν \αυτήν και νοουμένου ότι στην περίπτωση του χήρου η σύζυγός του απεβίωσε κατά ή μετά την 1η Ιανουαρίου, 2018 δικαιούται, ανάλογα με την περίπτωση, σύνταξη χρείας.

Ασφαλιστικές Προυποθέσεις

Σε περίπτωση που ο αποθανών\ούσα σύζυγος δεν είχε συμπληρώσει τη συντάξιμη ηλικία τότε θα πρέπει:

(α) Ο\Η ασφαλισμένος\η να έχει συμπληρώσει πραγματική βασική ασφάλιση τριών (3) τουλάχιστο ασφαλιστικών μονάδων και να έχουν παρέλθει εκατό πενήντα έξι (156) εβδομάδες από την εβδομάδα έναρξης της ασφάλισής του\της.

(β) Ο ολικός αριθμός ασφαλιστικών μονάδων πραγματικής και εξομοιούμενης βασικής ασφάλισης του\της ασφαλισμένου\ης να μη είναι κατώτερος του 25% των ετών που εμπίπτουν στη σχετική περίοδο αναφοράς.

Αντίθετα σε περίπτωση που ο\η σύζυγος απεβίωσε αφού είχε εν τω μεταξύ συμπληρώσει τη συντάξιμη ηλικία και ήταν δικαιούχος σε θεσμοθετημένη σύνταξη ή θα δικαιούταν σε θεσμοθετημένη σύνταξη αν είχε υποβάλει τη σχετική αίτηση, οι πιο πάνω ασφαλιστικές προϋποθέσεις διαφοροποιούνται και λαμβάνονται υπόψη οι προϋποθέσεις που απαιτούνται για απόκτηση δικαιώματος σε θεσμοθετημένη σύνταξη.

Υπολογισμός Ύψους Συντάξεως Χρείας

Η σύνταξη χρείας περιλαμβάνει όπως όλες οι άλλες παροχές του Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, βασική και συμπληρωματική σύνταξη.

Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης ισούται όπως και η βασική θεσμοθετημένη σύνταξη με το 60% της εβδομαδιαίας αξίας του ετήσιου μέσου όρου ασφαλιστικών μονάδων που έχει σε πίστη του \της ο αποβιώσας\σασα ασφαλισμένος\η κατά την περίοδο αναφοράς. Το ποσό αυτό αυξάνεται στο 80% αν έχει ένα εξαρτώμενο 90% και 100% αν έχει δύο τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα.

Η συμπληρωματική σύνταξη χρειάζεται σε περίπτωση χήρας\χήρου συνταξιούχου θεσμοθετημένης σύνταξης είναι ίση με το 60% της θεσμοθετημένης συμπληρωματικής σύνταξης. Αντίθετα αν ο\η σύζυγος δεν ήταν συνταξιούχος σε θεσμοθετημένη σύνταξη όταν απεβίωσε, η συμπληρωματική σύνταξη χρειάζεται είναι ίση με το 60% της συμπληρωματικής συντάξεως ανικανότητας που θα έπαιρνε ο\η αποβιώσας\σασα σύζυγος αν την ημέρα του θανάτου του\της εθεωρείτο μόνιμα και ολικά ανίκανος\η για εργασία.

Το σύνολο της σύνταξης χρειάζεται, βασικής και συμπληρωματικής δεν μπορεί όπως και η θεσμοθετημένη σύνταξη να είναι λιγότερη από το 85% της πλήρους βασικής σύνταξης που θα πληρωνόταν στη χήρα ή το χήρο αν ο \η αποβιώσας /αποβιώσασα ασφαλισμένος\η σύζυγος είχε πλήρη ασφάλιση στο βασικό μέρος του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Διάρκεια Πληρωμής Της Σύνταξης Χρειάς

Η πληρωμή της σύνταξης χρειάζεται αρχίζει από την ημέρα του θανάτου του\της ασφαλισμένου\ης συζύγου και πληρώνεται εφ'όρου ζωής ή μέχρι που η χήρα ή ο χήρος συνάψει νέο γάμο.

Πληρωμή Εφάπαξ Ποσού Αντί Σύνταξης

Χήρα ή Χήρος που δεν δικαιούται σύνταξη χρειάζεται επειδή στην περίπτωση του δεν ικανοποιούνται οι σχετικές ασφαλιστικές προϋποθέσεις τότε δικαιούται εφάπαξ ποσό χρειάζεται αν:

(α) ο αποβιώσας ή η αποβιώσασα σύζυγος κατά το χρόνο του θανάτου του/της δεν είχε συμπληρώσει τη συντάξιμη ηλικία και ικανοποιούσε τις σχετικές ασφαλιστικές προϋποθέσεις, είχε δηλ.3 τουλάχιστο πραγματικές ασφαλιστικές μονάδες και να είχαν παρέλθει 156 εβδομάδες από την ημέρα έναρξης της ασφάλισής του/της.

(β) ο αποβιώσας ή η αποβιώσασα σύζυγος κατά το χρόνο του θανάτου του/της είχε συμπληρώσει τη συντάξιμη ηλικία και ικανοποιούσε τις σχετικές ασφαλιστικές προϋποθέσεις για εφάπαξ ποσό θεσμοθετημένης σύνταξης (δηλ. 6 πραγματικές ασφαλιστικές μονάδες)

Το εφάπαξ ποσό χρειάζεται καταβάλλεται υπό την προϋπόθεση ότι η χήρα ή ο χήρος δεν δικαιούται κοινωνική σύνταξη.

Το εφάπαξ αυτό ποσό ισούται με το 15% της αξίας του συνόλου των πραγματικών και εξομοιούμενων ασφαλιστικών μονάδων βασικής ασφάλισης του\της αποβιώσαντος\σασας συζύγου και 9% του συνόλου των ασφαλιστικών μονάδων συμπληρωματικής ασφάλισης.



Διπλά Δικαιώματα

Ασφαλισμένη χήρα ή ασφαλισμένος χήρος που παίρνει σύνταξη χρεείας δικαιούται παράλληλα και ταυτόχρονα να πληρώνεται και οποιαδήποτε άλλη παροχή σύνταξη ή επίδομα που εξασφαλίζει με βάση την δική του ή τη δική της ασφάλιση.

Σε περίπτωση που ασφαλισμένη χήρα ή ασφαλισμένος χήρος δικαιούται ταυτόχρονα σύνταξη χρεείας με βάση την ασφάλιση του αποβιώσαντος ή της αποβιώσασας συζύγου και θεσμοθετημένη σύνταξη ή σύνταξη ανικανότητας με βάση τη δική των ασφάλιση τότε και οι δύο συντάξεις πληρώνονται παράλληλα και ταυτόχρονα στη χήρα ή το χήρο με ορισμένους όμως περιορισμούς σε ότι αφορά το συνολικό ποσό των δύο συμπληρωματικών συντάξεων.

Σύναψη Νέου Γάμου

Χήρα ή χήρος που συνάπτει νέο γάμο Θρησκευτικό, Πολιτικό ή Σύμφωνο Συμβίωσης παύει να έχει το δικαίωμα σε σύνταξη χρεείας ανάλογα με την περίπτωση.

Ασφαλισμένος\η που συνάπτει γάμο μετά την συμπλήρωση της συντάξιμης ηλικίας και πεθάνει πριν παρέλθει χρονική περίοδος Πέντε (5) τουλάχιστο ετών από την ημέρα τέλεσης του γάμου μέχρι την ημέρα του θανάτου του\της δε παρέχεται το δικαίωμα σε σύνταξη χρεείας στον \ στην επιζώντα\επιζούσα σύζυγο,

Επίδομα Αγνοουμένου

Το επίδομα αγνοουμένου πληρώνεται στις γυναίκες συζύγους ασφαλισμένων που εξακολουθούν να αγνοούνται λόγω του πραξικοπήματος και της βάρβαρης Τουρκικής εισβολής που ακολούθησε τον Ιούλιο του 1974 και σε ανήλικο του οποίου και οι δύο γονείς είναι αγνοούμενοι ή ο ένας από αυτούς είναι αγνοούμενος και ο άλλος απεβίωσε, εφόσον ο ένας από τους γονείς ήταν ασφαλισμένος.

Προϋποθέσεις

Οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις και άλλες, στην περίπτωση συζύγου, είναι οι ίδιες με εκείνες για τη σύνταξη χρεείας ενώ για το επίδομα για ανήλικο παιδί είναι οι ίδιες με εκείνες για το επίδομα ορφανίας.

Το επίδομα αγνοουμένου πληρώνεται μέχρι την εξακρίβωση της τύχης του αγνοουμένου ή μέχρι που η δικαιούχος συνάψει νέο γάμο. Όσον αφορά το ύψος του επιδόματος, τούτο είναι το ίδιο με τη σύνταξη χρεείας σε περίπτωση που δικαιούχος είναι η σύζυγος και το επίδομα ορφανίας στην περίπτωση που πληρώνεται το ανήλικο παιδί.

Επίδομα Ορφανίας

Επίδομα ορφανίας πληρώνεται για ανήλικο όταν:

- (α) και οι δύο γονείς του πέθαναν και ο ένας ήταν ασφαλισμένος.

- (β) ο γονέας που τον συντηρούσε πέθανε, ήταν ασφαλισμένος και δεν συζούσε με τον άλλο γονέα.
- (γ) πέθανε ο ένας γονέας (μητέρα ή πατέρα) και ο άλλος δεν δικαιούται σύνταξη χρείας.
- (δ) η μητέρα του που έπαιρνε σύνταξη χρείας συνήψε νέο γάμο.

Ασφαλιστικές Προϋποθέσεις:

Για τις περιπτώσεις (α) και (β) πιο πάνω δεν υπάρχουν ασφαλιστικές προϋποθέσεις, αρκεί ο ένας από τους δύο γονείς που πέθανε να ήταν ασφαλισμένος. Για την περίπτωση (γ) απαιτείται όπως ο γονέας που πέθανε να ικανοποιούσε τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για σύνταξη χρείας.

Ύψος Επιδόματος

Το ύψος του επιδόματος για τις περιπτώσεις (α) και (β) αποτελείται από το βασικό και συμπληρωματικό επίδομα. Το εβδομαδιαίο ποσό του βασικού επιδόματος ισούται με το 40% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών για κάθε ορφανό και το συμπληρωματικό επίδομα ίσο με το 50% της συμπληρωματικής σύνταξης χρείας που καταβάλλεται ή θα καταβαλλόταν για το θάνατο του γονέα του ορφανού. Σε περίπτωση που τα ορφανά είναι περισσότερα από δύο, τότε το ολικό συμπληρωματικό επίδομα ορφανίας για όλα τα ορφανά δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο από το ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης χρείας.

Το ύψος του επιδόματος ορφανίας για τις περιπτώσεις (γ) και (δ) είναι ίσο με το 20% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών για κάθε ανήλικο.



Παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες

Γενικές Πληροφορίες

Εργατικό ατύχημα: Θεωρείται κάθε ατύχημα που συμβαίνει σε μισθωτό στον τόπο και στη διάρκεια της εργασίας του και που τα αίτια του σχετίζονται με την εργασία του μισθωτού. Εργατικό ατύχημα θεωρείται επίσης και το ατύχημα που υφίσταται μισθωτός όταν αυτός πηγαίνει στην εργασία του ή επιστρέφει από αυτή. Διευκρινίζεται ωστόσο ότι το ατύχημα που συμβαίνει εκτός Κύπρου ή Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν θεωρείται εργατικό ατύχημα.

Επαγγελματική ασθένεια: Θεωρείται η ασθένεια που προκαλείται από την απασχόληση μισθωτού σε ορισμένα επαγγέλματα. Οι επαγγελματικές ασθένειες που καλύπτει η νομοθεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και οι εργασίες που αναγνωρίζονται ότι προκαλούν τις ασθένειες αυτές καθορίζονται στους περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων (επαγγελματικές ασθένειες) Κανονισμούς του 2010.

Οι παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες είναι:

- (α) το επίδομα Σωματικής Βλάβης,
- (β) οι παροχές αναπηρίας, και
- (γ) οι παροχές λόγω Θανάτου.

Επίδομα Σωματικής Βλάβης

Το επίδομα αυτό (η σχετική αίτηση επισυνάπτεται στο Παράρτημα 14) το δικαιούνται οι μισθωτοί ανεξάρτητα από ηλικία υπό την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να εργαστεί συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας και κατά την περίοδο που δεν εργάζεται να μην παίρνει πλήρεις απολαβές από τον εργοδότη του.

Ασφαλιστικές προϋποθέσεις δεν υπάρχουν αρκεί ο εργαζόμενος να αποδείξει ότι κατά την ημέρα που υπέστη το εργατικό ατύχημα ή που προσεβλήθη από τη συγκεκριμένη επαγγελματική ασθένεια ήταν μισθωτός.

Το επίδομα σωματικής βλάβης αρχίζει να πληρώνεται από την τέταρτη ημέρα της διακοπής της απασχόλησης και συνεχίζει να πληρώνεται στο δικαιούχο εφόσον ο ίδιος δεν μπορεί λόγω του ατυχήματος να εργαστεί. Η περίοδος πληρωμής του επιδόματος δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να υπερβεί τους δώδεκα (12) μήνες από την ημέρα του ατυχήματος.

Το εβδομαδιαίο ποσό του βασικού επιδόματος είναι ίσο με το 60% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών και ισχύει καθ' όλη τη διάρκεια της πληρωμής του επιδόματος. Η αύξηση για εξαρτώμενα αν υπάρχουν καθώς και το ύψος του συμπληρωματικού επιδόματος υπολογίζεται όπως ακριβώς και το επίδομα ασθενείας.

Αν ο ασφαλισμένος λαμβάνει μέρος των απολαβών του από τον εργοδότη του για την περίοδο που δικαιούται επίδομα σωματικής βλάβης, τότε το επίδομα μειώνεται έτσι που το ολικό ποσό των απολαβών και του επιδόματος να μην υπερβαίνει τις κανονικές απολαβές του που ελάμβανε πριν το ατύχημα.

Παροχές Αναπηρίας

Οι παροχές αναπηρίας καταβάλλονται σε μισθωτούς για μόνιμες βλάβες που τους προκλήθηκαν είτε από εργατικό ατύχημα είτε από επαγγελματική ασθένεια. Αν υπάρχει αναπηρία και σε ποιο βαθμό, τούτο γνωματεύεται από το Ιατρικό Συμβούλιο προς το οποίο παραπέμπεται ο αιτητής και καθορίζεται με βάση τις πρόνοιες του Έκτου Πίνακα του περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου.

Οι παροχές αναπηρίας περιλαμβάνουν:

- (α) Σύνταξη αναπηρίας
- (β) Βοήθημα αναπηρίας

Σύνταξη Αναπηρίας

Η σύνταξη αυτή (η σχετική αίτηση επισυνάπτεται στο Παράρτημα 15) καταβάλλεται σε μισθωτό που λόγω εργατικού ατυχήματος κατέστη ανάπηρος σε βαθμό που κυμαίνεται μεταξύ 20% και 100%. Η πληρωμή αρχίζει από την ημέρα που τερματίζεται η πληρωμή του επιδόματος σωματικής βλάβης και λήγει με την αποθεραπεία του συνταξιούχου ή την εξασφάλιση δικαιώματος σε θεσμοθετημένη σύνταξη σε μεγαλύτερο ύψος. Διαφορετικά η σύνταξη αναπηρίας συνεχίζει και πληρώνεται εφ' όρου ζωής.

Διευκρινίζεται ότι μισθωτό πρόσωπο που πάσχει από πνευμοκονίαση, συλίκωση ή άλλη συναφή επαγγελματική ασθένεια σε βαθμό 11% - 19% θεωρείται σε τέτοια περίπτωση ότι η αναπηρία του ανέρχεται σε βαθμό 20% και του καταβάλλεται σύνταξη αναπηρίας.

Βασική και Συμπληρωματική σύνταξη

Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης αναπηρίας σε βαθμό 100% είναι ίσο με το 60% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που ισχύουν κατά την περίοδο της πληρωμής. Η αύξηση για εξαρτώμενα υπολογίζεται κατά τον ίδιο τρόπο όπως στην περίπτωση της θεσμοθετημένη σύνταξη.



Το εβδομαδιαίο ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης για βαθμό 100% είναι ίσο με το 60% της εβδομαδιαίας αξίας του μέσου όρου των ασφαλιστικών μονάδων συμπληρωματικής ασφάλισης του δικαιούχου κατά την περίοδο που αρχίζει την πρώτη εβδομάδα του δεύτερου συμπληρωμένου έτους εισφορών πριν από την ημέρα του ατυχήματος και τελειώνει την τελευταία εβδομάδα πριν από την εβδομάδα του σχετικού ατυχήματος.

Για βαθμό αναπηρίας κάτω του 100% τόσο η βασική όσο και η συμπληρωματική σύνταξη αναπηρίας υπολογίζονται ανάλογα με το βαθμό της αναπηρίας της κάθε περίπτωσης.

Όταν δικαιούχος συντάξεως αναπηρίας σε βαθμό κατώτερο του 100% εισαχθεί σε Νοσοκομείο ή παρόμοιο Ίδρυμα για να υποβληθεί σε συγκεκριμένη θεραπεία ή άλλη νοσηλεία τότε ο βαθμός της αναπηρίας του λογίζεται ως 100% για όλη την περίοδο της παραμονής του στο Νοσοκομείο ή το Ίδρυμα. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που ο δικαιούχος συντάξεως αναπηρίας βαθμού κατώτερου του 100% συμμετέχει με υπόδειξη του Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε μαθητεία τακτικής επαγγελματικής εκπαίδευσης ή αναπροσαρμογής.

Όταν δικαιούχος σύνταξης αναπηρίας, η οποία υπολογίστηκε σε βαθμό κατώτερο του 100%, είναι ανίκανος και προβλέπεται να παραμείνει μόνιμα ανίκανος για εργασία, όπως ο όρος «ανίκανος για εργασία» ερμηνεύεται στον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο, τότε ο εν λόγω δικαιούχος λογίζεται μετά από προσεκτική εξέταση της περίπτωσης του ότι έχει βαθμό αναπηρίας ίσο με το ποσοστό ανικανότητας στο οποίο θα υπολογιζόταν η σύνταξη ανικανότητας στην περίπτωση του.

Δικαιούχος σε σύνταξη αναπηρίας σε βαθμό 100% που έχει ανάγκη συνεχούς και τακτικής φροντίδας δικαιούται, εκτός από τη σύνταξη αναπηρίας και το ειδικό επίδομα τακτικής φροντίδας, το οποίο ισούται με το 55% του ύψους της βασικής σύνταξης αναπηρίας του δικαιούχου (€245.78 για το 2022), χωρίς οποιαδήποτε αύξηση για τυχόν εξαρτώμενα.

Βοήθημα Αναπηρίας

Το βοήθημα αναπηρίας πληρώνεται υπό μορφή εφάπαξ ποσού σε μισθωτό του οποίου η αναπηρία προκλήθηκε από εργατικό ατύχημα και που ο βαθμός αναπηρίας του είναι μεταξύ 10% και 19%. Σε περίπτωση που ο βαθμός αναπηρίας του εκτιμήθηκε από το Ιατρικό Συμβούλιο σε βαθμό κάτω του 10% δεν πληρώνεται σ' αυτό οποιοδήποτε ποσό.

Το ποσό του βοηθήματος αναπηρίας υπολογίζεται ανάλογα με το βαθμό της αναπηρίας του σε σχέση με τη σύνταξη αναπηρίας βαθμού 100% και ισούται με τη σύνταξη βαθμού μεταξύ 10% και 19% που θα έπαιρνε αν είχε τέτοιο δικαίωμα για επτά χρόνια.

Σήμερα το εφάπαξ αυτό ποσό σε βαθμό 10% είναι €4,066.61 και σε βαθμό 19% €7,726.56.

Παροχές Λόγω Θανάτου

Οι παροχές για θάνατο μισθωτού που οφείλεται σε εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια είναι:

- (i) Σύνταξη Χηρείας
- (ii) Επίδομα Ορφανίας
- (iii) Σύνταξη Γονέα

Σύνταξη Χηρείας

Σύνταξη χηρείας πληρώνεται στη χήρα μισθωτού του οποίου ο θάνατος προκλήθηκε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας (η σχετική αίτηση επισυνάπτεται στο Παράρτημα 16).

Σύνταξη χηρείας καταβάλλεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και σε χήρο μισθωτής της οποίας ο θάνατος προκλήθηκε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας.

Προϋποθέσεις.

Ασφαλιστικές προϋποθέσεις δεν υπάρχουν για την πληρωμή σύνταξης χηρείας, ωστόσο η πληρωμή σύνταξης χηρείας καταβάλλεται στη χήρα μισθωτού η οποία κατά το χρόνο του θανάτου του συζύγου της που προκλήθηκε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας, αυτή συζούσε με τον αποθανόντα ή αν δεν συζούσε συντηρείτο από αυτόν αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.

Σύνταξη χηρείας καταβάλλεται ωστόσο και σε χήρο μισθωτής αν κατά το χρόνο του θανάτου της που προκλήθηκε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας:

- Ο χήρος ήταν μόνιμα ανίκανος για αυτοσυντήρηση και
- Η αποθανούσα σύζυγός του συντηρούσε αυτόν αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο ή θα τον συντηρούσε αν δεν συνέβαινε το σχετικό ατύχημα.

Σε περίπτωση που η αποθανούσα, συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας, σύζυγος ικανοποιεί κατά τον χρόνο του θανάτου της τις προϋποθέσεις του εδαφίου (1) του άρθρου 41 του Νόμου τότε ο χήρος της μισθωτής αυτής ανεξάρτητα από την οποιαδήποτε κατάστασή του δικαιούται σε σύνταξη χηρείας.

Η σύνταξη χηρείας πληρώνεται από την ημέρα του θανάτου του/της συζύγου και διαρκεί εφ' όρου ζωής, εκτός και αν στο μεταξύ η χήρα ή ο χήρος συνάψει νέο γάμο οπότε και τερματίζεται η πληρωμή της σύνταξης.

Η σύνταξη χηρείας αποτελείται από τη βασική και τη συμπληρωματική σύνταξη

Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης είναι το ίδιο με το ποσό του επιδόματος σωματικής βλάβης, δηλαδή 60% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που ισχύει κατά την περίοδο της πληρωμής και αυξάνεται στο 80% με ένα



εξαρτώμενο, στο 90% με δύο εξαρτώμενα και στο 100% για περισσότερα εξαρτώμενα αντίστοιχα.

Το εβδομαδιαίο ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης χρείας είναι ίσο με το 60% της συμπληρωματικής σύνταξης αναπηρίας την οποία ο/η σύζυγος θα ελάμβανε αν κατά την ημέρα του θανάτου του/της εθεωρείτο ανάπηρος/ανάπηρη σε βαθμό 100%.

Επίδομα Ορφανίας

Το επίδομα ορφανίας καταβάλλεται σε ανήλικο του οποίου:

- (α) και οι δύο γονείς απεβίωσαν και ο ένας τουλάχιστον απεβίωσε συνεπεία εργατικού ατυχήματος.
- (β) απεβίωσε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ο γονέας που το συντηρούσε αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο κατά το χρόνο του θανάτου του, σε περίπτωση που οι γονείς δεν συζούσαν.
- (γ) απεβίωσε ο ένας γονέας (πατέρας ή μητέρα) συνεπεία εργατικού ατυχήματος και ο άλλος δεν δικαιούται σε σύνταξη χρείας,
- (δ) η μητέρα του που λάμβανε σύνταξη χρείας συνήψε νέο γάμο.

Προϋποθέσεις:

Ασφαλιστικές προϋποθέσεις δεν υπάρχουν στην περίπτωση αυτή, αρκεί ο ένας από τους δύο γονείς να απεβίωσε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας.

Ύψος επιδόματος

Το ύψος του επιδόματος ορφανίας για τις περιπτώσεις (α) και (β) πιο πάνω αποτελείται από το βασικό και συμπληρωματικό μέρος.

Το βασικό μέρος ισούται με το 40% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών. Το ύψος του συμπληρωματικού μέρους ισούται με το 50% της συμπληρωματικής σύνταξης χρείας που καταβαλλόταν ή θα καταβαλλόταν για το θάνατο του γονέα του ορφανού.

Σε περίπτωση που τα ορφανά είναι πέραν των δύο, τότε το ύψος του συμπληρωματικού επιδόματος μειώνεται ανάλογα ώστε το ολικό ποσό του επιδόματος για όλα τα ορφανά να μην υπερβαίνει το ύψος της συμπληρωματικής σύνταξης χρείας.

Το ύψος του επιδόματος ορφανίας για τις περιπτώσεις που αναφέρονται στο (γ) και (δ) πιο πάνω είναι 20% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών για κάθε ορφανό.

Σε ποιον πληρώνεται το επίδομα ορφανίας και για πόσο χρόνο

Σε περίπτωση που το ορφανό είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών, το επίδομα καταβάλλεται στο πρόσωπο που έχει την επιμέλεια του ανήλικου. Αν το ορφανό δικαιούται του επιδόματος

και μετά τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας του μέχρι την ημερομηνία που θα παύσει να θεωρείται ανήλικο καταβάλλεται απ' ευθείας στο ίδιο το ορφανό. Για ορφανό που είναι ανίκανο για αυτοσυντήρηση ανεξάρτητα από ηλικία το επίδομα καταβάλλεται στον έχοντα την επιμέλεια του εφ' όρου ζωής.

Σύνταξη Γονέα

Σύνταξη γονέα καταβάλλεται σε γονέα μισθωτού που απεβίωσε συνεπεία εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας.

Βασική προϋπόθεση για πληρωμή σύνταξης γονέα είναι:

- (i) το πρόσωπο που απεβίωσε να μην καταλείπει χήρα/χήρο ή ορφανά,
- (ii) το πρόσωπο που απεβίωσε να συντηρούσε κατά το χρόνο του θανάτου του αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο το γονέα του ή θα τον συντηρούσε αν δεν επισυνέβαινε το σχετικό ατύχημα.

Δεν υπάρχουν ασφαλιστικές προϋποθέσεις για πληρωμή της σύνταξης γονέα αρκεί ο θάνατος του μισθωτού να προκλήθηκε από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια.

Η σύνταξη γονέα πληρώνεται από την ημέρα του θανάτου του μισθωτού εφ' όρου ζωής. Η σύνταξη αυτή τερματίζεται μόνο στην περίπτωση που ο/η δικαιούχος συνάψει γάμο. Η σύνταξη γονέα περιλαμβάνει βασική και συμπληρωματική σύνταξη.

Το εβδομαδιαίο ποσό της βασικής σύνταξης γονέα είναι ίσο με το 40% του εβδομαδιαίου ποσού των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που ισχύει κατά το χρόνο πληρωμής και το εβδομαδιαίο ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης είναι ίσο με το 30% του ποσού της συμπληρωματικής σύνταξης αναπηρίας σε βαθμό 100%.



Γενικές πληροφορίες για παροχές

Υποβολή αίτησης

Η πληρωμή οποιασδήποτε παροχής προϋποθέτει την υποβολή αίτησης πάνω σε ειδικό έντυπο όπως τούτο καθορίζεται από το Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με τα απαραίτητα ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ πιστοποιητικά που απαιτούνται για κάθε παροχή και να υποβάλλεται στα κατά τόπους Επαρχιακά Γραφεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή στα Κέντρα Εξυπηρέτησης του Πολίτη.

Τα έντυπα αίτησης για κάθε είδους παροχή μπορεί ο αιτητής να τα εξασφαλίσει από οποιοδήποτε Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κέντρο Εξυπηρέτησης του Πολίτη ή την Ιστοσελίδα των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Προθεσμία υποβολής αίτησης για παροχή

Για κάθε παροχή η νομοθεσία καθορίζει χρονική προθεσμία μέσα στην οποία ο δικαιούχος υποχρεούται να υποβάλει αίτηση. Παράλειψη υποβολής από το δικαιούχο αίτησης μέσα στην καθορισμένη χρονική προθεσμία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να χάσει μέρος ή ολόκληρη την παροχή που δικαιούται.

Οι προθεσμίες υποβολής αιτήσεων για τις διάφορες παροχές Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι:

Παροχή	Προθεσμία υποβολής αίτησης
Βοήθημα Τοκετού	1 χρόνος
Βοήθημα Κηδείας	1 χρόνος
Επίδομα Μητρότητας / Πατρότητας	21 ημέρες
Επίδομα Ασθενείας	21 ημέρες
Επίδομα Ανεργίας	Η πρώτη μέρα ανεργίας
Σύνταξη Ανικανότητας	3 μήνες
Θεσμοθετημένη Σύνταξη	3 μήνες

Σύνταξη Χηρείας	3 μήνες
Επίδομα Ορφανίας	3 μήνες
Επίδομα Σωματικής Βλάβης	21 ημέρες
Παροχές Αναπηρίας	3 μήνες
Παροχές Θανάτου	3 μήνες

Αναπροσαρμογή Ύψους Παροχών

Οι ασφαλιστικές μονάδες που λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του ύψους των παροχών ανατιμούνται με βάση το ποσό των βασικών ασφαλιστικών μονάδων που ισχύει την ημέρα που αρχίζει η πληρωμή της παροχής.

Οι συντάξεις αναπροσαρμόζονται κάθε χρόνο με βάση την αύξηση του γενικού επιπέδου μισθών και ημερομισθίων σε ότι αφορά τις βασικές συντάξεις και τον δείκτη τιμών καταναλωτή για τις συμπληρωματικές συντάξεις. Οι βασικές και συμπληρωματικές συντάξεις αναπροσαρμόζονται, επίσης, κάθε Ιούλιο με βάση την αύξηση του δείκτη τιμών καταναλωτή μεταξύ του πρώτου εξαμήνου και δεύτερου εξαμήνου του προηγούμενου χρόνου νοουμένου ότι το ποσοστό της αύξησης αυτής είναι ίσο ή μεγαλύτερο από το 1%.

Σημειώνεται ότι η αύξηση στο συμπληρωματικό μέρος της σύνταξης σε καμιά περίπτωση μπορεί να είναι μεγαλύτερη από εκείνη της βασικής σύνταξης.

13η Σύνταξη

Στους δικαιούχους οποιασδήποτε σύνταξης από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων καταβάλλεται στο τέλος κάθε χρόνου 13η σύνταξη που ισούται με το 1/12 του συνόλου του ποσού της σύνταξης που καταβλήθηκε στο δικαιούχο μέσα στο συγκεκριμένο χρόνο αναφοράς.

Προσφυγές

Αν ο αιτητής οποιασδήποτε παροχής δεν ικανοποιείται από την απόφαση του Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων δικαιούται να προσβάλει την απόφαση αυτή με ιεραρχική προσφυγή προς τον Υπουργό Εργασίας, Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εντός 15 ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση. Αν ο αιτητής δεν ικανοποιηθεί από την απόφαση του Υπουργού μπορεί να προσφύγει στο Ανώτατο Δικαστήριο μέσα σε 75 ημέρες από την ημέρα που του γνωστοποιήθηκε η απόφαση του Υπουργού.

Ο αιτητής, ωστόσο, μπορεί να προσφύγει απ' ευθείας στο Ανώτατο Δικαστήριο μέσα σε 75 ημέρες από την ημέρα που του γνωστοποιήθηκε η αρχική απόφαση του Διευθυντή



Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων χωρίς την ενδιάμεση προσφυγή προς τον Υπουργό.

Κοινωνική Κάρτα

Η κοινωνική κάρτα χορηγείται σ' όλα τα πρόσωπα που έχουν τη συνήθη διαμονή τους στην Κύπρο, είναι ηλικίας 63 και άνω, ανεξάρτητα αν είναι ασφαλισμένα ή όχι στο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή είναι δικαιούχα σε σύνταξη. Στους κατόχους της κοινωνικής κάρτας παρέχεται η ευκαιρία να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και άλλες εκδηλώσεις και να απολαμβάνουν διάφορα άλλα ωφελήματα μεταξύ των οποίων και έκπτωση ύψους 50% στα κόμιστρα των Αστικών και Αγροτικών Λεωφορείων.

Διαδικασία εγγραφής και αδήλωτη εργασία

Εγγραφή στο σύστημα

(α) Η αίτηση για εγγραφή εργοδότη υποβάλλεται το αργότερο μία μέρα πριν από την ημέρα που ο αιτητής αναμένει να καταστεί εργοδότης.

(β) Κάθε μισθωτός κατά την ημέρα της πρόσληψης του γνωστοποιεί στον εργοδότη του τον αριθμό της ταυτότητας του και τον αριθμό Κοινωνικών ασφαλίσεων του, εκτός αν ο μισθωτός δεν είναι εγγεγραμμένος ο εργοδότης του οφείλει να τον προμηθεύσει με σχετικό έντυπο εγγραφής το οποίο ο μισθωτός συμπληρώνει και παραδίδει στον εργοδότη.

Ο εργοδότης οφείλει να υποβάλει το έντυπο εγγραφής στον πλησιέστερο Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων εντός 7 ημερών από την ημέρα πρόσληψης του μισθωτού.

(γ) Πρόσωπο που προτίθεται να απασχοληθεί ως αυτοτελώς εργαζόμενος αποτελείται στο πλησιέστερο Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης της απασχόλησης του με την υποβολή της σχετικής αίτησης στον εγκεκριμένο για το σκοπό αυτό τύπο.

(δ) Κάθε εργοδότης γνωστοποιεί κάθε πρόσληψη μισθωτού το αργότερο μια (1) ημέρα πριν από την πρόσληψη του μισθωτού μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος ΕΡΓΑΝΗ.

Κάθε εργοδότης τηρεί μητρώο προσλήψεων στο οποίο καταχωρεί κατά σειρά ημερομηνίας πρόσληψης τα στοιχεία του κάθε νεοπροσλαμβανόμενου μισθωτού, καθώς επίσης και βιβλίο αποδοχών το οποίο μαζί με το μητρώο προσλήψεων δύναται να τηρούνται και ηλεκτρονικά να φυλάσσονται από τον εργοδότη και να είναι διαθέσιμα για έλεγχο σε οποιοδήποτε χρόνο από τον Επιθεωρητή.

Αδήλωτη εργασία και διοικητικές κυρώσεις

Αν Επιθεωρητής που έχει διοριστεί, δυνάμει του Νόμου, διαπιστώσει περίπτωση αδήλωτης εργασίας μισθωτού, έστω και αν πρόκειται για παράνομη απασχόληση, επιβάλλει στον εργοδότη διοικητικό πρόστιμο ύψους €500 για κάθε μισθωτό, αναφορικά με τον μήνα διαπίστωσης της παράβασης το οποίο αυξάνεται κατά €500 για κάθε ημερολογιακό μήνα ή μέρος οποιουδήποτε ημερολογιακού μήνα απασχόλησης πριν από τον μήνα στον οποίο διαπιστώθηκαν η παραβίαση.

Αν ο Επιθεωρητής διαπιστώσει περίπτωση αδήλων αποδοχών, επιβάλλει στον εργοδότη διοικητικό πρόστιμο ύψους και πάλι €500 για κάθε μισθωτό, περιλαμβανομένου του παράνομα απασχολούμενου μισθωτού αναφορικά με τον οποίο διαπράχθηκε η παράβαση.

Το συνολικό διοικητικό πρόστιμο που επιβάλλεται σε εργοδότη που δεν δηλώνει την απασχόληση μισθωτού ή και που δεν δηλώνει τις ασφαλιστέες αποδοχές του, δεν μπορεί να υπερβαίνει τις €10000 σε κάθε περίπτωση διαπίστωσης παράβασης.

Διαδικασίας επιβολής του διοικητικού προστίμου

Με τη διαπίστωση της παράβασης ο Επιθεωρητής, πριν να επιβάλει το διοικητικό πρόστιμο, επιδίδει στον εργοδότη με απόδειξη παραλαβής ειδοποίηση, περιγράφοντας την παράβασή του και την πρόθεσή του να επιβάλει για τους λόγους που επεξήγησε στον εργοδότη διοικητικό πρόστιμο, παρέχοντας παράλληλα στον εργοδότη το δικαίωμα υποβολής παραστάσεων εντός προθεσμίας 5 ημερών από την ημερομηνία ειδοποίησης.

Αν παρέλθει η πιο πάνω προθεσμία άπρακτη ή ο παραβάτης αποτυγχάνει να παρουσιάσει στοιχεία τέτοια που να αποδεικνύουν ότι δεν διέπραξε τη παράβαση, τότε ο Επιθεωρητής αποστέλλει στον παραβάτη - όχι αργότερα από την επόμενη εργάσιμη ημέρα - με συστημένη επιστολή, την πράξη επιβολής του προστίμου.

Σε περίπτωση καταβολής του διοικητικού προστίμου στο πλησιέστερο Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων εντός (30) ημερών από την έκδοση της πράξης επιβολής του, το πρόστιμο μειώνεται κατά 30%, ενώ σε περίπτωση εκπρόθεσμης καταβολής του, το πρόστιμο αυξάνεται κατά €50 για κάθε ημέρα καθυστέρησης.

Διευκρινίζεται ότι η διαδικασία επιβολής διοικητικού προστίμου δεν εφαρμόζεται σε νοικοκυριά για την απασχόληση οικιακά εργαζομένου προσώπου ή προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε μέλη νοικοκυριού.

Τεκμήριο ελάχιστης περιόδου απασχόλησης

Μισθωτός αναφορικά με τον οποίο διαπράχθηκε η παράβαση όπως πιο πάνω τεκμαίρεται ότι απασχολείται συνεχώς από τον εργοδότη στην υπηρεσία του οποίου βρίσκεται κατά



την ημέρα διαπίστωσης της παράβασης για τους αμέσως προηγούμενους 6 μήνες με αποδοχές ίσες με 1½ των βασικών ασφαλιστέων αποδοχών που ισχύουν κατά την ημέρα της παράβασης, εκτός αν ο εργοδότης αποδείξει ότι η περίοδος απασχόλησης ήταν μικρότερη ή το ποσό των αποδοχών χαμηλότερο.

Αντίθετα, αν διαπιστωθεί ότι η πραγματική περίοδος απασχόλησης είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών ή το πραγματικό ποσό των αποδοχών ψηλότερο του τεκμαιρόμενου, λαμβάνεται υπόψη η πραγματική περίοδος ή το πραγματικό ποσό αποδοχών.

Αναστολή λειτουργίας εργασιών εργοδότη

Αν στον ίδιο εργοδότη επιβληθεί διοικητικό πρόστιμο για δεύτερη φορά εντός χρονικού διαστήματος 2 ετών, η υπόθεση παραπέμπεται σε Επιτροπή από το Διευθυντή ως Πρόεδρο και δύο Λειτουργούς του Υπουργείου Εργασίας, Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που ορίζει ο Υπουργός ως μέλη, η οποία έχει εξουσία με αιτιολογημένη απόφαση της και τη σύμφωνη γνώμη του Υπουργού, να διατάξει προσωρινή αναστολή λειτουργίας του συνόλου της επιχείρησης του εργοδότη ή τμήματος ή τμημάτων αυτής, για χρονικό διάστημα που να μην υπερβαίνει τις 48 ώρες.

Για τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη της πολλά δεδομένα που σχετίζονται με τον παραβάτη εργοδότη.

Επιβολή κυρώσεων σε αυτοτελώς εργαζόμενους

Όταν ο Επιθεωρητής διαπιστώσει περίπτωση αδήλωτης εργασίας αυτοτελώς εργαζόμενου έστω και πρόκειται για παράνομη απασχόληση επιβάλλει στον εν λόγω εργαζόμενο διοικητικό πρόστιμο €200 αυξανόμενο κατά €200 για κάθε ημερολογιακό μήνα ή μέρος του ημερολογιακού μήνα απασχόλησης πριν από το μήνα μέσα στον οποίο διαπιστώθηκε η παράβαση. Το συνολικό ποσό προστίμου δεν μπορεί να υπερβαίνει τις €5,000 για κάθε διαπιστωμένη παράβαση.

Ο διαπράξας την παράβαση αυτοτελώς εργαζόμενος τεκμαίρεται ότι αυτός απασχολείτο συνεχώς για τους αμέσως προηγούμενους της παράβασης έξι (6) μήνες και αν διαπιστωθεί ότι η πραγματική περίοδος είναι μεγαλύτερη των έξι (6) μηνών λαμβάνεται υπόψη η πραγματική περίοδος. Όπως στην περίπτωση μισθωτού που αναφέρεται πιο πάνω έτσι και στη περίπτωση αυτοτελώς εργαζόμενου ακολουθούνται οι ίδιες διαδικασίες συμμόρφωσης.

Σε καμιά περίπτωση δεν νομιμοποιείται η παράνομη διαμονή, παραμονή ή απασχόληση με τη διαπίστωση της παράβασης και αμέσως τερματίζεται η οποιαδήποτε ιδιότητα του παραβάτη.

Ενστάσεις

Πρόσωπο που δεν ικανοποιείται από οποιαδήποτε απόφαση που εκδίδεται για οποιαδήποτε παράβαση μπορεί εντός 15 ημερών από τη γνωστοποίηση σε αυτό της απόφασης να υποβάλει ένσταση στην Επιτροπή Ενστάσεων που απαρτίζεται από το Γενικό Διευθυντή ως Πρόεδρο και δύο λειτουργούς που ορίζει ο Υπουργός ως μέλη και οι οποίοι είναι ιεραρχικά ανώτεροι από τον Επιθεωρητή που επέβαλε το Διοικητικό Πρόστιμο αναφέροντας γραπτώς την αιτιολογία της υποβολής της ένστασης και προσκομίζοντας τα αναγκαία υποστηρικτικά στοιχεία και έγγραφα.

Ένσταση που δεν συνοδεύεται από τα απαραίτητα υποστηρικτικά στοιχεία και έγγραφα απορρίπτεται και δεν εξετάζεται.

Η υποβολή της ένστασης δεν αναστέλλει την ισχύ της ληφθείσας απόφασης.

Η ένσταση εξετάζεται από την Επιτροπή σε εύλογο χρονικό διάστημα, αποφασίζει και κοινοποιεί την απόφαση της στο πρόσωπο που υπέβαλε την ένσταση.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού Αρ. Διαβατηρίου:
Ονοματεπώνυμο (Κεφαλαία γράμματα):

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:
Διαμονής:

Ενορία/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

Όνομα πατέρα:

Ημερομηνία γέννησης	Ημέρα	Μήνας	Έτος	Τόπος Γέννησης	Φύλο	Κοινότητα
Οικογενειακή Κατάσταση	Αγαμος ☐	Διαζευγμένος/η ☐	Εγγαμος ☐	Χήρος/α ☐	Ημερομηνία Γάμου	
(Σημειώστε Χ ανάλογα)						
Αριθμός Ασφαλίσεως Συζύγου	Αριθμός Ταυτότητας Συζύγου			Όνομα Συζύγου		

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Συνήθης διαμονή στην Κύπρο: ☐ Διαμονή στο εξωτερικό: ☐
(Σημειώστε Χ ανάλογα)

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος εργάζεται στο εξωτερικό στην υπηρεσία Κύπριου Εργοδότη.

Όνομα εργοδότη:

Αριθμός Μητρώου Εργοδότη: Τηλ. Φαξ

Ταχυδρομική διεύθυνση εργοδότη στην Κύπρο:

Τόπος απασχολήσεως στο εξωτερικό:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι αληθείς. Ζητώ την έκδοση πιστοποιητικού προαιρετικής ασφαλίσεως για την περίοδο από μέχρι

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**I. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ**

Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Εγκρίνεται για την περίοδο από μέχρι

* Απορρίπτεται

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΦΡΟΥΡΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Αρ. Ταυτότητας Αρ. Ασφαλίσεων Αρ. Διαβατηρίου

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση Διαμονής: Οδός/Αριθμός:

..... Τηλ.:

Ενορία/Χωριό: Φαξ:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Περίοδος θητείας: Από μέχρι

Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που φαίνονται στο ατομικό μου βιβλιário είναι ορθές και ζητώ όπως καταχωρηθεί η πιο πάνω περίοδος υπηρεσίας μου στην Εθνική Φρουρά. Το ατομικό βιβλιário/Πρωτότυπη βεβαίωση που εκδόθηκε από την Εθνική Φρουρά είναι απαραίτητα.

Οποιαδήποτε έγγραφα επισυναφθούν πρέπει να είναι πρωτότυπα ή πιστά αντίγραφα των πρωτοτύπων.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Βεβαιώνω ότι έλεγξα το ατομικό βιβλιário/βεβαίωση του πιο πάνω αιτητή και διαπίστωνα ότι αυτός υπηρέτησε στην Εθνική Φρουρά από μέχρι

.....
για Επαρχιακό Λειτουργό
Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Η αίτηση για καταχώρηση περιόδου για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά εγκρίνεται από

μέχρι

Ημερομηνία καταχώρησης Υπογραφή:

.....
για Διευθυντή
Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

54



ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΦΟΡΩΝ

Η κατάσταση αποδοχών και εισφορών συμπληρώνεται από τον εργοδότη και παρουσιάζεται στο Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατά την πληρωμή των εισφορών. Για σκοπούς πληρωμής εισφορών οι εργοδοτούμενοι χωρίζονται σε κατηγορίες και για κάθε κατηγορία εργοδοτούμενων συμπληρώνεται χωριστή κατάσταση. Η κατάσταση αποδοχών και εισφορών περιλαμβάνει 21 σημεία τα οποία αριθμούνται από το 1 μέχρι το 21. Για κάθε ένα σημείο γίνονται οι κατάλληλες καταχωρήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες πιο κάτω:

ΜΕΡΟΣ Α – ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟΔΟΧΩΝ (Σημεία 1 – 11)

Στο Μέρος Α καταχωρούνται λεπτομέρειες αναφορικά με τις αποδοχές, τις άδειες και την απασχόληση των εργοδοτούμενων.

- Μήνας για τον οποίο πληρώνονται οι εισφορές.
- Κώδικας της κατηγορίας εργοδοτούμενων. Οι διάφορες κατηγορίες εργοδοτούμενων και ο κώδικας για κάθε κατηγορία φαίνονται στον Πίνακα Α πιο κάτω.
- Κώδικας του είδους αποδοχών. Τα διάφορα είδη αποδοχών και ο κώδικας για κάθε είδος φαίνονται στον Πίνακα Β πιο κάτω. Για κάθε είδος αποδοχών συμπληρώνεται χωριστή κατάσταση αποδοχών και εισφορών.
- Περίοδος στην οποία αναφέρονται οι αποδοχές αν το είδος των αποδοχών στο σημείο 3 δεν είναι συνήθεις αποδοχές (Κώδικας "Κ").
- Πραγματικό ποσό αποδοχών του εργοδοτούμενου μέχρι €180,000 ετησίως για σκοπούς ΓεΣΥ (στρογγυλεμένο στο πλησιέστερο ευρώ). Στο €180,000 ετησίως περιλαμβάνονται και οι αποδοχές άδειας.
- Πραγματικό ποσό αποδοχών του εργοδοτούμενου (στρογγυλεμένο στο πλησιέστερο ευρώ).
- Ποσό αποδοχών του εργοδοτούμενου μέχρι το ανώτατο όριο ασφαλιστέων αποδοχών (στρογγυλεμένο στο πλησιέστερο ευρώ).
- Εισφορά στο Κεντρικό Ταμείο Αδειών.
- Ημερομηνία τερματισμού της απασχόλησης του εργοδοτούμενου.
- Λόγος απουσίας εργοδοτούμενου για ολόκληρη εβδομάδα του μήνα με τις ακόλουθες ενδείξεις:
"Α" (Αιών χωρίς απολαβές), "Δ" (Άδεια με απολαβές), "Μ" (Άδεια μητρότητας).
- Στην πρώτη στήλη καταχωρείται το σύνολο των πραγματικών αποδοχών ΓεΣΥ (Σημ. 5), στη δεύτερη στήλη καταχωρείται το σύνολο των πραγματικών αποδοχών, στην τρίτη στήλη το σύνολο των ασφαλιστέων αποδοχών και στην τέταρτη στήλη το σύνολο της εισφοράς στο Κεντρικό Ταμείο Αδειών. Σε περίπτωση που συμπληρώνονται πέραν της μιας σελίδας καταστάσεων αποδοχών και εισφορών, στις στήλες του σημείου 11 κάθε σελίδας καταχωρούνται τα συσσωρευμένα σύνολα και στην τελευταία σελίδα καταχωρούνται στην πρώτη, δεύτερη, τρίτη και τέταρτη στήλη το γενικό σύνολο πραγματικών αποδοχών ΓεΣΥ (Σημ. 5), πραγματικών αποδοχών, ασφαλιστέων αποδοχών και εισφορών αδειών, αντίστοιχα. Το Μέρος Β συμπληρώνεται μόνο στην τελευταία σελίδα.

ΜΕΡΟΣ Β – ΠΛΗΡΩΤΕΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ (Σημεία 12 – 21)

Στο Μέρος Β καταχωρούνται λεπτομέρειες αναφορικά με τα ποσά των αποδοχών με βάση τα οποία υπολογίζονται οι εισφορές που πληρώνονται στα διάφορα Ταμεία και τα ποσά των εισφορών αυτών.

- Σύνολο των πραγματικών αποδοχών και εισφορών αδειών στρογγυλεμένο στο πλησιέστερο ευρώ (σημείο 11 δεύτερη και τέταρτη στήλη), πάνω στο οποίο υπολογίζεται η εισφορά στο Ταμείο Κοινωνικής Συνοχής.
- Σύνολο των ασφαλιστέων αποδοχών και εισφορών αδειών στρογγυλεμένο στο πλησιέστερο ευρώ (σημείο 11 τρίτη και τέταρτη στήλη), πάνω στο οποίο υπολογίζεται η εισφορά σε όλα τα Ταμεία εκτός του Ταμείου Κοινωνικής Συνοχής και του Ταμείου Ασφάλισης Υγείας.
- Σύνολο των πραγματικών αποδοχών ΓεΣΥ και εισφορών αδειών (Σημείο 11 πρώτη και τέταρτη στήλη), πάνω στο οποίο υπολογίζεται η εισφορά στο Ταμείο Ασφάλισης Υγείας.
- Εισφορές Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Εισφορές στο Κεντρικό Ταμείο Αδειών όπως καταχωρήθηκαν στην τέταρτη στήλη του σημείου 11.
- Εισφορές στο Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό.
- Εισφορές στο Ταμείο Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού.
- Εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικής Συνοχής.
- Εισφορές στο Ταμείο Ασφάλισης Υγείας.
- Σύνολο εισφορών όπως καταχωρήθηκαν στα σημεία 15 – 20.

ΠΙΝΑΚΑΣ Α

Κώδικας	Είδος Αποδοχών	Κώδικας	Είδος Αποδοχών
Κ	Συνήθεις αποδοχές	Π	Προμήθειες
Α	Αναδρομικά	3	13ος μισθός
Υ	Υπερωρίες	4	14ος μισθός

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΩΝ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΛΟΓΩ
ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:

Αρ. Διαβατηρίου: Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού:

Ονοματεπώνυμο:

Διεύθυνση Διαμονής: Οδός/Αριθμός:

..... Τηλ.:

Ενορία/Χωριό: Φαξ:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Επισυνάπτεται τα πιο κάτω έγγραφα από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα στα οποία φοίτησα **(Βεβαίωση σπουδών απαραίτητη):**

Περίοδος Τακτικής Εκπαίδευσης: Όνομα Εκπαιδευτικού ιδρύματος: Έγγραφο/Βεβαιώσεις:

(α)

(β)

(γ)

(δ)

(ε)

Για την περίοδο που ζητάτε πιστώσεις έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας; Δηλώστε:

(α) Χώρα (β) Αρ. ασφαλίσεως (γ) Περίοδος

(α) Χώρα (β) Αρ. ασφαλίσεως (γ) Περίοδος

Οποιαδήποτε έγγραφα επισυναφθούν πρέπει να είναι πρωτότυπα ή πιστά αντίγραφα των πρωτοτύπων.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "για Χορήγηση Εξομοιούμενων Ασφαλιστέων Αποδοχών λόγω Τακτικής Εκπαίδευσης".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης "για Χορήγηση Εξομοιούμενων Ασφαλιστέων Αποδοχών λόγω Τακτικής Εκπαίδευσης".
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:



ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Η αίτηση για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών βεβαιώνεται για την περίοδο:

από μέχρι

από μέχρι

από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή:
για Επαρχιακό Λειτουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:
για Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΠΕΡΙ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΒΙΑΣ ΝΟΜΟ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η αίτηση υποβάλλεται από εργοδοτούμενο μέσα σε **τρεις μήνες** από τη λήξη κάθε περιόδου γονικής άδειας.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Συμπληρώνεται μόνο από πολίτες χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.

Υπηκοότητα: Αρ. Ασφ./Αρ. Εγγραφής:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

Περίοδος γονικής άδειας: Από μέχρι

Σχέση προς το παιδί για το οποίο απαιτείται γονική άδεια (μητέρα/πατέρας):

Στοιχεία γονέα:

Όνοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας: Αριθμός Ασφαλίσεως:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ

Συμπληρώνεται στην περίπτωση υιοθεσίας

Όνοματεπώνυμο παιδιού: Όνοματεπώνυμο παιδιού:

Αρ. ταυτότητας παιδιού: Ημερομηνία γέννησης:

Ημερομηνία γέννησης παιδιού: Ημερομηνία υιοθεσίας:

Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας: Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας:



ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (Συμπληρώνεται από τον εργοδότη)

1. Όνομα Εργοδότη:
2. Αριθμός Μητρώου Εργοδότη:
3. Διεύθυνση: Τηλ.:
4. Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης του αιτητή/αιτήτριας:
5. Περίοδος γονικής άδειας που χορηγήθηκε: από μέχρι
6. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας του: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ημερομηνία: Υπογραφή Εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ ασφαλιστές αποδοχές για περίοδο εξομοιούμενης ασφάλισης για περίοδο γονικής άδειας από μέχρι και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα, δεν ήμουν ανίκανος για εργασία ή άνεργος και οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Χορήγηση Περιόδου Εξομοιούμενης Ασφάλισης με βάση τον περί Γονικής Άδειας και Άδειας για λόγους Ανωτέρας Βίας Νόμο”.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης “για Χορήγηση Περιόδου Εξομοιούμενης Ασφάλισης με βάση τον περί Γονικής Άδειας και Άδειας για λόγους Ανωτέρας Βίας Νόμο”.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Η αίτηση για χορήγηση πιστώσεων γονικής άδειας εγκρίνεται για την περίοδο: από μέχρι

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:

για Διευθυντή Κοινωνικών Ασφαλίσεων

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 1–009) _ 5/2019

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΙΣΤΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΩΝ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:

Πιστώσεις χορηγούνται σε ασφαλισμένες που συμπλήρωσαν την ηλικία των 63 χρόνων κατά ή μετά την 1/1/1993 και απαιτούν σύνταξη γήρατος ή σε ασφαλισμένες που δεν έχουν συμπληρώσει το 63ο έτος της ηλικίας τους και απαιτούν πρόσθετο επίδομα ασθενείας ή σύνταξη ανικανότητας.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Διεύθυνση:

Ταχ. Κωδ.: Αρ. τηλεφώνου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Όνομα	Αριθμός Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης (Να επισυναφθούν Πιστοποιητικά Γέννησης)	Ημερομηνία Θανάτου (αν το παιδί πέθανε)

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ζητώ να πιστωθώ με ασφαλιστέες αποδοχές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία

Υπο γραφή αιτήτριας

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 430)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο κάτω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει βοήθημα, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΜΕΡΟΣ I – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη ☐ Έγγαμη ☐ Διαζευγμένη ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία:

Ταχ. Κώδ.: Τηλ.: Φαξ:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Υπηκοότητα:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Όνομα Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Υπηκοότητα:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

ΜΕΡΟΣ II

Ημερομηνία Τοκετού:

ΜΕΡΟΣ III – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ βοήθημα τοκετού και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο είναι αληθινές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή Αιτήτριας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημέρα του τοκετού.

2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα πιο κάτω πρωτότυπα πιστοποιητικά:**

(α) Πιστοποιητικό γέννησης του/των παιδιού/παιδιών.

(β) Πιστοποιητικό γάμου, εκτός αν τέτοιο πιστοποιητικό υποβλήθηκε προηγουμένα.

(γ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ιδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 3–006) – 7/2011



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ



ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ ΚΗΔΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει βοήθημα είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Συγγένεια/Σχέση με τον/την πεθαμένο/η:

Ημερομηνία Γάμου:

Υπηκοότητα:

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: Ταχ. Κώδ.:

Πόλη/Χωριό: Επαρχία: Τηλ.:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **μόνο** εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΘΑΜΕΝΟΥ/ΠΕΘΑΜΕΝΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Ημερομηνία Θανάτου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Υπηκοότητα:

Αν ο/η πεθαμένος/η είχε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεων: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεων: (γ) από: μέχρι:



ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Αν ο θάνατος προκλήθηκε από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια δηλώστε την ημερομηνία του ατυχήματος ή την ημερομηνία έναρξης της επαγγελματικής ασθένειας:

.....

2. Αν ο/η πεθαμένος/η έπαιρνε σύνταξη ή άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

.....

.....

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ βοήθημα κηδείας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία

Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημερομηνία θανάτου του προσώπου για το οποίο απαιτείται το βοήθημα.
2. Το βοήθημα πληρώνεται στο χήρο ή στη χήρα του πεθαμένου. Σε άλλες περιπτώσεις, πληρώνεται στο πρόσωπο που ανέλαβε τα έξοδα της κηδείας.

3. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:

- (α) Επίσημο πιστοποιητικό θανάτου από την Επαρχιακή Διοίκηση.
- (β) Πιστοποιητικό γάμου.
- (γ) Πιστοποιητικό συμβίωσης από τον ιερέα ή τον κοινοτάρχη.
- (δ) Βεβαίωση από τον ιερέα ή τον κοινοτάρχη στην οποία να αναφέρεται το όνομα του προσώπου που ανέλαβε τα έξοδα της κηδείας στην περίπτωση που ο αιτητής δεν είναι ο/η σύζυγος του/της πεθαμένου/ης.
- (ε) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει επίδομα για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υπηκοότητα:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Όνομα Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):
2. Δηλώστε αν είστε μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος:
3. Διεύθυνση απασχόλησης: Οδός/Αριθμός:
Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:
Τηλ.: Φαξ:
4. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία:
5. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:
6. Η ανικανότητα σας προκλήθηκε από ατύχημα: ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν "ΝΑΙ", να αναφέρετε την ημερομηνία, την ώρα του ατυχήματος και πως προκλήθηκε το ατύχημα.

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(οι πληροφορίες παρέχονται από τον εργοδότη, αν ο αιτητής ήταν μισθωτός κατά την ημέρα που άρχισε η ανικανότητά του για εργασία)

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
3. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω ανικανότητας: € την εβδομάδα/το μήνα.
4. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητάς του: ΝΑΙ / ΟΧΙ
Αν "ΝΑΙ" αναφέρετε:
(α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι
(β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι
(γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό € την εβδομάδα/το μήνα
περίοδος από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ Ο ΑΙΤΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Αν έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε:

- (α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου/κλινικής:
Τηλ.: Φαξ:
- (β) Περίοδος νοσηλείας: από μέχρι

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

- (α) Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας; Εάν ναι, υποδείξετε τον Ιατρό, την Ασφαλιστική εταιρεία και την ημερομηνία
- (β) Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησής σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε σε εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας, οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

Δηλώστε κατά πόσο ο/η σύζυγος εργάζεται: ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ VIII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα ασθενείας για την περίοδο από μέχρι και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / ξανάρχισα εργασία από:

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες, σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:
 - (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
 - (β) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (γ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (δ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.
 - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί αν η αίτηση υποβάλλεται για πρώτη φορά.
 - (στ) Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διενθής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 3–008) – 1/2013

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε πρόσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει επίδομα για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη ☐

Εγγαμη ☐

Χήρα ☐

Διαζευγμένη ☐

Σε διάσταση ☐

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υψηλότητα:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η πληρωμή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή/και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Όνομα Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Ονοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια


ΜΕΡΟΣ III – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο ιατρό μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας κύησης)

Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα την (Όνομα αιτήτριας):
 και ότι αυτή αναμένει τοκετό στις (Ημερομηνία):
 Υπογραφή ιατρού: Ονοματεπώνυμο ιατρού:
 Ημερομηνία: Διεύθυνση: Τηλ.:

ΜΕΡΟΣ IV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Όνομα υιοθετημένου παιδιού:
 Ημερομηνία γέννησης: Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Ημερομηνία υιοθεσίας:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

- Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):
- Δηλώστε αν είστε μισθωτή ή αυτοτελώς εργαζόμενη:
- Διεύθυνση απασχόλησης (οδός, αριθμός):
 Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:
 Τηλ.: Φαξ:
- Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:
- Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία μετά τον τοκετό:

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

- Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
- Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
- Ημερομηνία από την οποία η αιτήτρια σταμάτησε/θα σταματήσει να εργάζεται:
- Απολαβές της αιτήτριας πριν από τη διακοπή της εργασίας της λόγω μητρότητας: € την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
 Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε την αιτήτρια:
- Πληρώνετε στην αιτήτρια οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας: ΝΑΙ / ΟΧΙ
 Αν "ΝΑΙ" αναφέρετε:
 (α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι
 (β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι
 (γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό € την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
 περίοδος από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα μητρότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες, σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή αιτήτριας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

- Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. Διευκρινίζεται ότι η αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας κύησης.
- Αν η αίτηση υποβληθεί μετά τον τοκετό τότε η περίοδος πληρωμής καθορίζεται με βάση την ημερομηνία του τοκετού και όχι με βάση την ημερομηνία του αναμενόμενου τοκετού.
- Πιστοποιητικό από το θεράποντα ιατρό/ιατρούς του βρέφους και πιστοποιητικό από το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύτηκε το βρέφος, σε περίπτωση που αμέσως μετά τον τοκετό το βρέφος νοσηλεύεται είτε σε θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού είτε νοσηλεύεται λόγω άλλου προβλήματος υγείας, για περίοδο νοσηλείας πέραν των 21 ημερών.
- Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται η δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).
- Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα:
 (α) Πιστοποιητικό υιοθεσίας από την αρμόδια αρχή σε περίπτωση που υιοθετείται το παιδί.
 (β) Πιστοποιητικό γέννησης του υιοθετημένου παιδιού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 11



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εδωσαστεί επίδομα για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Χήρος ☐ Διαζευγμένος ☐ Σε διάσταση ☐

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υπηκοότητα:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η πληρωμή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή/και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **μόνο** εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Όνομα Συζύγου: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ/ΠΑΙΔΙΩΝ

Όνομα παιδιού:

Ημερομηνία γέννησης παιδιού/παιδιών:

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Όνομα παιδιού: Ημερ. γέννησης παιδιού:



ΜΕΡΟΣ IV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΗΤΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Όνομα υιοθετημένου παιδιού:
 Ημερομηνία γέννησης: Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Ημερομηνία υιοθεσίας:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):
2. Δηλώστε αν είστε μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος:
3. Διεύθυνση απασχόλησης (οδός, αριθμός):
 Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:
 Τηλ.: Φαξ:
4. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:
5. Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία:

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
 2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
 3. Ημερομηνία από την οποία ο αιτητής σταμάτησε/θα σταματήσει να εργάζεται:
 4. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω πατρότητας: €..... την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
 Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε τον αιτητή:
 5. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας πατρότητας; ΝΑΙ / ΟΧΙ
 Αν "ΝΑΙ" αναφέρετε:
 (α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι
 (β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι
 (γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό € την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
 περίοδος από μέχρι
 6. Ημερομηνία επανέναρξης εργασίας του αιτητή:
- Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα πατρότητας και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο. Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "για Παροχή Επιδόματος Πατρότητας".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: Ονοματεπώνυμο: Υπογραφή:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. Πρωτότυπο πιστοποιητικό γέννησης παιδιού.
3. Πρωτότυπο πιστοποιητικό γάμου.
4. Πιστοποιητικό από το θεράποντα ιατρό/ιατρούς του βρέφους και πιστοποιητικό από το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύτηκε το βρέφος, σε περίπτωση που αμέσως μετά τον τοκετό το βρέφος νοσηλεύεται είτε σε θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού είτε νοσηλεύεται λόγω άλλου προβλήματος υγείας, για περίοδο νοσηλείας πέραν των 21 ημερών.
5. Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).
6. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα:
 - (α) Πιστοποιητικό υιοθεσίας από την αρμόδια αρχή σε περίπτωση που υιοθετείται το παιδί.
 - (β) Πιστοποιητικό γέννησης του υιοθετημένου παιδιού.
7. Διάταγμα δικαστηρίου που εκδόθηκε με βάση το άρθρο 24 του Περί Εφαρμογής της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμου σε περίπτωση απόκτησης παιδιού μέσω παρένθετης μητέρας.

ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).

Ονοματεπώνυμο:

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση:

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων:

Ημερ. παραλαβής της αίτησης:

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 12



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΜΕΝΗ ΣΥΝΤΑΞΗ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει σύνταξη είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ταχ. Κώδ.: Πόλη/Χωριό: Τηλ.:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **μόνο** εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος:

Ονοματεπώνυμο Συζύγου: Ημερ. Γέννησης: Τόπος Γέννησης:

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Εργαζόμενος(η): ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Συνταξιούχος: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ονοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. Γέν.	Τόπος Γέν.	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Υπηκοότητα:

(α) Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

(β) Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(i) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος:

(ii) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος:

(iii) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ (Να συμπληρωθεί μόνο από πρόσωπα που συμπληρώνουν το 63ο έτος της ηλικίας τους κατά το 2016 και μετά. Σημειώνεται ότι η δήλωσή σας θα ληφθεί υπόψη δεδομένου ότι πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις για χορήγηση θεσμοθετημένης σύνταξης στο 63ο έτος. Σε περίπτωση που οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις πληρούνται οποιαδήποτε ημερομηνία μεταξύ 63-65 έτους οι Υπηρεσίες θα επικοινωνήσουν μαζί σας για υποβολή νέας δήλωσης).

Δηλώνω ότι επιθυμώ θεσμοθετημένη σύνταξη από την ηλικία των:

Ηλικία	Αναλογιστική μείωση εφ' όρου ζωής	Σημειώστε ✓	Ηλικία	Αναλογιστική μείωση εφ' όρου ζωής	Σημειώστε ✓
63 ετών	12%		64 ετών	6%	
63 ετών και 1 μηνός	11.5%		64 ετών και 1 μηνός	5.5%	
63 ετών και 2 μηνών	11%		64 ετών και 2 μηνών	5%	
63 ετών και 3 μηνών	10.5%		64 ετών και 3 μηνών	4.5%	
63 ετών και 4 μηνών	10%		64 ετών και 4 μηνών	4%	
63 ετών και 5 μηνών	9.5%		64 ετών και 5 μηνών	3.5%	
63 ετών και 6 μηνών	9%		64 ετών και 6 μηνών	3%	
63 ετών και 7 μηνών	8.5%		64 ετών και 7 μηνών	2.5%	
63 ετών και 8 μηνών	8%		64 ετών και 8 μηνών	2%	
63 ετών και 9 μηνών	7.5%		64 ετών και 9 μηνών	1.5%	
63 ετών και 10 μηνών	7%		64 ετών και 10 μηνών	1%	
63 ετών και 11 μηνών	6.5%		64 ετών και 11 μηνών	0.5%	
			65 ετών	Χωρίς αναλογιστική μείωση	

ΜΕΡΟΣ V – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Θεσμοθετημένη Σύνταξη”.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: Ονοματεπώνυμο: Υπογραφή:

ΜΕΡΟΣ VI – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Πιστοποιώ ότι ο/η πιο πάνω αναφερόμενος/η αιτητής/αιτήτρια υπόγραψε την αίτηση αυτή στην παρουσία μου.

Υπογραφή: Αρ. Ταυτότητας:

Διεύθυνση: Σφραγίδα (όπου ισχύει):



ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα από την οποία απαιτείται η χορήγηση της σύνταξης.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/έντυπα:**
 - (α) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αιτητή/αιτήτριας **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (β) Πιστοποιητικό γάμου (αν ο αιτητής είναι έγγαμος).
 - (γ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας του/της αιτητή/αιτήτριας κατά πόσο αυτός/αυτή συζεί με το/τη σύζυγο και τα άλλα εξαρτώμενα του/της ή αν δε συζεί κατά πόσο τα συντηρεί αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
 - (δ) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί του αιτητή **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (ε) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (στ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (ζ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτήτρια.
 - (η) Αν η αίτηση υποβάλλεται από γυναίκα, απαιτείται η συμπλήρωση δήλωσης για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών για γέννηση παιδιών, έντυπο Υ.Κ.Α. 430.
 - (θ) Αν ο αιτητής/αιτήτρια φοίτησε σε εκπαιδευτικό ίδρυμα μετά τη συμπλήρωση του 16ου έτους της ηλικίας του/της απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών λόγω τακτικής εκπαίδευσης, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-010.
 - (ι) Αν η αίτηση υποβάλλεται από άνδρα που γεννήθηκε κατά ή μετά την 1.1.1940, απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για καταχώρηση περιόδου για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
 - (κ) Αν η αίτηση υποβάλλεται από πρόσωπο που απασχολήθηκε σε μεταλλείο, απαιτείται η συμπλήρωση του εντύπου ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕΤΑΛΛΩΡΥΧΟΥ, έντυπο Υ.Κ.Α. 311.
 - (λ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).

Όνοματεπώνυμο:

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση:

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων:

Ημερ. παραλαβής της αίτησης:

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 13



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει χορήγηση είτε για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: Πόλη/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.: Τηλ.: Φαξ:

Υπηκοότητα:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:

(α) Τη χώρα (β) αρ. ασφαλίσεως (γ) από μέχρι

(α) Τη χώρα (β) αρ. ασφαλίσεως (γ) από μέχρι

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Όνοματεπώνυμο Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

1. Ποιά είναι η ασθένεια ή η αναπηρία σας και από πότε άρχισε:

2. Η ανικανότητά σας για εργασία προκλήθηκε από ατύχημα: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ αναφέρετε ημερομηνία του ατυχήματος και πώς προκλήθηκε:

3. Από πότε και πώς επηρέασε η ασθένεια ή η αναπηρία σας την ικανότητά σας για εργασία, με ποίο τρόπο και σε ποίο βαθμό;

.....

4. Ποιά η σημερινή κατάσταση της υγείας σας;

.....



5. Είστε ικανός για οποιοδήποτε άλλο είδος εργασίας εκτός από το συνηθισμένο επάγγελμά σας; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν ΝΑΙ, αναφέρετε το επάγγελμα/επαγγέλματα που μπορείτε να απασχοληθείτε:
 6. Αν παρά την ασθένεια ή αναπηρία σας εξακολουθείτε να εργάζεστε, αναφέρετε το επάγγελμα, τον αριθμό ωρών εργασίας σας και τις αποδοχές σας:
 7. Αν είστε ανίκανος για οποιοδήποτε είδος εργασίας, αναφέρετε από πότε:
 8. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολουθούν.
- | Ονοματεπώνυμο | Διεύθυνση | Τηλ. |
|---------------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

ΜΕΡΟΣ IV – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Μόρφωση:
2. Τελευταίο επάγγελμα:
3. Άλλα επαγγέλματα στα οποία εργαστήκατε ή γνωρίζετε:
4. Έχετε σταματήσει να εργάζεστε; ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν «ΝΑΙ» αναφέρετε από πότε και για ποίο λόγο:
5. Ονοματεπώνυμο τελευταίου εργοδότη στην περίπτωση που απασχολείσαστε τελευταία ως μισθωτός:
..... Αρ. Μητρώου:
6. Επάγγελμα ή επιχείρηση εργοδότη:
7. Ημερομηνία μέχρι την οποία εργαστήκατε στον πιο πάνω εργοδότη:
8. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
9. Οι πιο κάτω πληροφορίες παρέχονται στην περίπτωση που απασχολείσαστε τελευταία ως αυτοτελώς εργαζόμενος.
 - (α) Είδος επιχείρησης:
 - (β) Διεύθυνση επιχείρησης: Τηλ.: Φαξ:
 - (γ) Ημερομηνία τερματισμού της απασχόλησής σας:

ΜΕΡΟΣ V – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

ΜΕΡΟΣ VI – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ σύνταξη ανικανότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Ημερομηνία Υπογραφή αιτητή/αιτητριάς
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: Το Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να ζητήσει από τους γιατρούς που σας παρακολουθούν, οποιαδήποτε συμπληρωματική πληροφορία, σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας και την ικανότητά σας για εργασία.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησης, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις προνοιές του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Σε περίπτωση που υποβάλετε σε Αρμόδια Αρχή αίτηση για έκδοση ή ανανέωση επαγγελματικής άδειας οδήγησης, πληροφορείστε ότι η Αρχή μπορεί να ζητήσει και να λάβει από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πληροφορίες σχετικά με τη λήψη Σύνταξης Ανικανότητας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα από την οποία απαιτείται η χορήγηση της σύνταξης.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:**
 - (α) Ιατρική έκθεση.
 - (β) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αιτητή/αιτητριάς.
 - (γ) Πιστοποιητικό γάμου (αν ο/η αιτητής/αιτητρία είναι έγγαμος).
 - (δ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας του/της αιτητή/τριας κατά πόσο αυτός/αυτή συζεί με το/τη σύζυγο και τα άλλα εξαρτώμενα του/της ή αν δε συζεί, κατά πόσο τα συντηρεί αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
 - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του/της αιτητή/αιτητριάς.
 - (στ) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (ζ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο εξαρτώμενο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (η) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανήμπορο άγαμο παιδί πέρα των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτητρία.
 - (θ) Αν η αίτηση υποβάλλεται από γυναίκα, απαιτείται και η συμπλήρωση δήλωσης για πίστωση ασφαλιστέων αποδοχών για γέννηση παιδιών, έντυπο Υ.Κ.Α. 430.
 - (ι) Αν ο αιτητής/αιτητρία φοιτά σε εκπαιδευτικό ίδρυμα μετά την συμπλήρωση του 16ου έτους της ηλικίας του/της απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση πιστώσεων λόγω τακτικής εκπαίδευσης έντυπο Υ.Κ.Α. 1-010.
 - (κ) Αν η αίτηση υποβάλλεται από άνδρα που γεννήθηκε κατά ή μετά την 1.1.1940, απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για πίστωση ασφαλιστέων αποδοχών για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
 - (λ) Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 14



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερομηνία γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
Φύλλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐	Αρ. Εγγρ. Άλλοδ.	
Οικογενειακή Κατάσταση: (Σημείωσε Χ ανάλογα)	Αρ. Διαβατηρίου	
Άγαμος(η) ☐ Εγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐		
Ημερομηνία γάμου:		
Διεύθυνση:		
Οδός και αριθμός:	Ενορία:	
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού:	Επαρχία:
Τηλέφωνο:	Φαξ:	
Υπηκοότητα		
Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:		
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
Όνομα συζύγου:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερ. γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
	Αρ. Εγγρ. Άλλοδ.	
	Αρ. Διαβατηρίου	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Όνομα Εργοδότη:	2. Τηλ. Εργοδότη:
3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):	
4. Ημερομηνία ατυχήματος:	
5. Ωρα ατυχήματος:	
6. Τόπος ατυχήματος:	
7. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:	
8. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγεληθεί:	
9. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία:	
10. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησής σας:	



ΜΕΡΟΣ IV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη:	Αρ. Μητρώου:
2. Διεύθυνση εργοδότη:	Τηλ.: Φαξ:
3. Τόπος απασχόλησης του αιτητή:	
4. Ωράριο εργασίας του αιτητή τη μέρα του ατυχήματος:	5. Ημερ. ατυχήματος:
6. Ωρα ατυχήματος: 7. Τόπος ατυχήματος:	
8. Αιτία ατυχήματος (περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα):	
9. Αν το ατύχημα έγινε μετά τη λήξη του κανονικού ωραρίου, δηλώστε κατά πόσο απασχολούσατε τον αιτητή υπερωριακά και μέχρι ποια ώρα:	
10. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε αν τούτο σχετίζεται με την εκτέλεση της εργασίας ή τα καθήκοντα του αιτητή:	
11. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω του ατυχήματος: €	
την εβδομάδα / το μήνα.	
12. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητας του; ΝΑΙ /ΟΧΙ.	
Αν "ΝΑΙ" αναφέρετε:	
(α) πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι	
(β) απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι	
(γ) μειωμένες απολαβές: ποσό € την εβδομάδα / το μήνα	
περίοδος από μέχρι	
Υπογραφή Εργοδότη	
Ημερομηνία	Σφραγίδα Εργοδότη

ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής Εταιρείας; Εάν ναι, να αναφέρετε το όνομα του Ιατρού, της ασφαλιστικής εταιρείας και την ημερομηνία εξέτασης σας:

Σημ.: Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησης σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε για εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ VI – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα σωματικής βλάβης για την περίοδο από μέχρι και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / ξανάρχισα εργασία από

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης «για παροχή Επιδόματος Σωματικής Βλάβης».
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.
4. Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: Ονοματεπώνυμο: Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Σημ: Η σελίδα αυτή αποτελεί αντίγραφο της πρώτης σελίδας της αίτησης που υποβάλλει ο αιτητής για εξασφάλιση επιδόματος σωματικής βλάβης. Το αντίγραφο αυτό θα αποστέλλεται στο Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας για σχετική ενημέρωση και θα χρησιμοποιείται σε περίπτωση που ο εργοδότης αρνηθεί ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο δεν γνωστοποιήσει το εργατικό στύχημα, υποβάλλοντας στο Τμήμα αυτό το σχετικό έντυπο γνωστοποίησης που ακολουθεί στο επόμενο φύλλο. Στο πίσω μέρος του φύλλου αυτού αναγράφονται οδηγίες για συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης εργατικού στυχήματος.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερομηνία γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
Φύλλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐	Αρ. Εγγρ. Άλλοδ.	
Οικογενειακή Κατάσταση: (Σημείωσε Χ ανάλογα)	Αρ. Διαβατηρίου	
Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐		
Ημερομηνία γάμου:		
Διεύθυνση:		
Οδός και αριθμός:	Ενορία:	
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού:	Επαρχία:
Τηλέφωνο:	Φαξ:	
Υπηκοότητα		
Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας, δηλώστε:		
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
(α) τη χώρα	(β) αρ. εγγραφής	(γ) από μέχρι
Όνομα συζύγου:	Αρ. Ταυτότητας	
Ημερ. γέννησης:	Αρ. Ασφαλίσεως	
	Αρ. Εγγρ. Άλλοδ.	
	Αρ. Διαβατηρίου	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

1. Όνομα Εργοδότη:	2. Τηλ. Εργοδότη:
3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):	
4. Ημερομηνία ατυχήματος:	
5. Ωρα ατυχήματος:	
6. Τόπος ατυχήματος:	
7. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:	
8. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγελαθεί:	
9. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία:	
10. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησής σας:	



**Οι περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία
(Γνωστοποίηση Ατυχημάτων και Επικίνδυνων Συμβάντων)
Κανονισμοί του 2007 και 2017.
ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Τι είναι ατύχημα;

Σύμφωνα με τους πιο πάνω Κανονισμούς, ως **ατύχημα** ορίζεται κάθε ασυνεχές (στιγμιαίο) συμβάν το οποίο προκαλεί σωματική ή διανοητική βλάβη ή απώλεια ζωής σε:

- (α) **εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο**, κατά την διάρκεια της εργασίας του ή κατά τη διάρκεια της συνήθους διαδρομής μεταξύ της οικίας και του τόπου εργασίας του·
- (β) **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας** κατά την ώρα του συμβάντος και εφόσον το συμβάν προκύπτει από **ενέργειες ή παραλείψεις** που πηγάζουν από τη διεύθυνση ή τη διεξαγωγή των δραστηριοτήτων σε εργασία.

2. Ποια ατυχήματα είναι γνωστοποιήσιμα;

Γνωστοποιήσιμο είναι οποιοδήποτε ατύχημα το οποίο:

- (α) στην περίπτωση που αφορά **εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο** του προκαλεί απώλεια ζωής ή το καθιστά ανίκανο να εκτελέει τη συνηθισμένη του εργασία στην οποία εργοδοτείται ή απασχολείται, **για τέσσερις (4) ή περισσότερες ημερολογιακές ημέρες**, εξαιρουμένης της ημέρας του ατυχήματος·
- (β) στην περίπτωση που αφορά **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας**, του προκαλεί απώλεια ζωής

3. Ποια ατυχήματα δεν είναι γνωστοποιήσιμα - εξαιρέσεις;

- (α) μη θανατηφόρα ατυχήματα σε πρόσωπα που βρίσκονται εκτός εργασίας
- (β) ατυχήματα που προκύπτουν από **εσκεμμένους** τραυματισμούς ή αυτοτραυματισμούς·
- (γ) ατυχήματα που έχουν **παθολογικά αίτια** (π.χ. καρδιακά, εγκεφαλικά επεισόδια κλπ).
- (δ) μη θανατηφόρα ατυχήματα σε κληρωτούς στρατιώτες, εφέδρους και εθνοφύλακες κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων των Ενόπλων Δυνάμεων
- (ε) όλα τα ατυχήματα που συμβαίνουν σε:
 - i. πρόσωπα που εργοδοούνται σε πλοία και αεροσκάφη που ταξιδεύουν
 - ii. πρόσωπα εκτός εργασίας κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων
 - iii. πρόσωπα εκτός εργασίας (ασθενείς) κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων ιατρικής φύσης
 - iv. πρόσωπα εκτός εργασίας κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων διασκέδασης ή αναψυχής

4. Ποιος είναι ο υπεύθυνος για την γνωστοποίηση των ατυχημάτων;

- (α) στην περίπτωση που αφορά **εργοδοτούμενο, ο εργοδότης** του
- (β) στην περίπτωση που αφορά **αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο**, **το ίδιο το αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο**, όταν πρόκειται για μη θανατηφόρο ατύχημα, ή ο **πλησιέστερος συγγενής** του, όταν πρόκειται για θανατηφόρο ατύχημα
- (γ) στην περίπτωση που αφορά **πρόσωπο που βρίσκεται εκτός εργασίας**, **το πρόσωπο που έχει τον έλεγχο στο χώρο εργασίας** όπου συνέβηκε το ατύχημα ή το πρόσωπο που διευθύνει ή διεξάγει τις δραστηριότητες στο χώρο αυτό.

5. Πού και πώς γνωστοποιούνται τα ατυχήματα;

5.1 Το υπεύθυνο για τη γνωστοποίηση πρόσωπο, σε πρώτο στάδιο, πρέπει να ενημερώνει αμέσως το αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας της Επαρχίας όπου συνέβηκε το ατύχημα, με τον πιο γρήγορο πρακτικό τρόπο π.χ. τηλεφωνικά, με τηλεμοιότητα ή με τη συμπλήρωση και υποβολή του **ηλεκτρονικού εντύπου** γνωστοποίησης, που βρίσκεται καταχωρημένο στην επίσημη Ιστοσελίδα του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας, στο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας. Ακολούθως και εντός 15 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος, το ατύχημα θα πρέπει να γνωστοποιείται και γραπτώς με τους πιο κάτω τρόπους:

- (α) με τη συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης ατυχήματος που ακολουθεί και το οποίο αποτελεί μέρος του **Κοινού Εντύπου «Αίτηση για Επίδομα Σωματικής Βλάβης / Γνωστοποίηση Ατυχήματος»**. Το κοινό έντυπο θα πρέπει να υποβάλλεται στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας, είτε απευθείας ή μέσω του αντίστοιχου Επαρχιακού Γραφείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το κοινό έντυπο είναι διαθέσιμο στα Επαρχιακά Γραφεία Επιθεώρησης Εργασίας και στα Επαρχιακά Γραφεία Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- (β) με τη συμπλήρωση και υποβολή του εντύπου γνωστοποίησης **ΤΕΕ-Α-1/DLI-A-1**, στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας. Το έντυπο αυτό είναι διαθέσιμο στα Επαρχιακά Γραφεία Επιθεώρησης Εργασίας και στην επίσημη Ιστοσελίδα του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας

5.2 Στην περίπτωση που το έντυπο γνωστοποίησης του ατυχήματος παραληφθεί στο αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας ή Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με καθυστέρηση πέραν των 15 ημερών από την ημερομηνία του ατυχήματος, τότε το υπεύθυνο πρόσωπο ενδέχεται είτε να προειδοποιηθεί με επιστολή, π.χ. αν παραβείναι εν αγνοία του για πρώτη φορά τη νομοθεσία ή να υποστεί τις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία κυρώσεις.

6. Περισσότερες πληροφορίες

Για οποιοδήποτε άλλες διευκρινίσεις ή πληροφορίες που αφορούν τη συμπλήρωση του εντύπου, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Αρμόδιο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας στα πιο κάτω τηλέφωνα :

Λευκωσίας: 22879191, 22879184 - **Λεμεσού:** 25827200, 25827215 - **Λάρνακας:** 24805327, 24805316

Πάφου: 26822715, 26822716 - **Αμμοχώστου:** 23819750, 23819754.



Για Επίσημη Χρήση

Κωδ. Μηχανογράφησης:

Ημερ. Παραλαβής:

Α/Α Αρχείου:

Έντυπο ΤΕΕ-Α-1/DLI-A-1

Οι περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία
(Γνωστοποίηση Ατυχημάτων και Επικίνδυνων Συμβάντων) Κανονισμοί του 2007 και 2017

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σημειώσεις: i. Υποχρέωση για γνωστοποίηση του ατυχήματος υπάρχει μόνο αν πρόκειται για ατύχημα σε εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο με συνέπεια την απουσία του θύματος από την εργασία για τέσσερις (4) ή περισσότερες ημερολογιακές ημέρες εξαιρουμένης της ημέρας του ατυχήματος ή θανατηφόρο ατύχημα σε εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο ή πρόσωπο εκτός εργασίας (βλέπε εξαιρέσεις στο καθοδηγητικό σημείωμα της σελίδας 4).
 ii. Στις περιπτώσεις που οι πληροφορίες δεν είναι πραγματικά διαθέσιμες να συμπληρώνεται το σύμβολο «X».
 iii. Το ονοματεπώνυμο θα πρέπει να είναι πλήρες και να συμπληρώνεται με κεφαλαία γράμματα.
 iv. Σε περίπτωση που πρόκειται για νομικό πρόσωπο (π.χ. Εταιρεία), να συμπληρώνεται το όνομα της Εταιρείας όπως είναι καταχωρημένο στον Έφορο Εταιρειών και όχι το όνομα του προσώπου που συμπληρώνει ή υπογράφει το έντυπο.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΘΥΜΑΤΟΣ (Σημ.iii):

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΘΥΜΑΤΟΣ: Εργοδοτούμενο

Αυτοεργοδοτούμενο

Πρόσωπο

εκτός εργασίας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ: ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / ΑΛΛΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (Υπεύθυνου για τη γνωστοποίηση - Σημ.iii &iv):

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ, ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΑΛΛΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

1.1 Αρ. Μητρ. Εργοδότη / Αυτοεργοδοτούμενου προσώπου (ΑΜΕ των Υπηρεσιών Κοιν. Ασφ.):

1.2 Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη: Υπάρχει; (✓) ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: Ημερ. λήξης Πιστοποιητικού:

1.3 Αρ. Ταυτότητας (για φυσικά πρόσωπα): Αρ. Εγγρ. Εταιρείας (για εταιρείες):

1.4 Τηλέφωνο: Τηλεομοιότυπο: Ηλεκτρ. Διεύθυνση:

1.5 Ταχυδρομική Διεύθυνση (να συμπληρωθεί τουλάχιστο μια από τις δύο πιο κάτω ενότητες Α ή Β)

Α.

Οδός και αριθμός: (Σημ.ii) Ενορία: (Σημ.ii)

Προάστειο/Χωριό/Πόλη: Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού: (Σημ.ii) Επαρχία:

Β.

Ταχ. Θυρ.: Ταχ.Κώδ. Ταχ. Θυρ.: Περιοχή Ταχ. Θυρ.:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΩΡΟΥ ΟΠΟΥ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

2.1 Διεύθυνση χώρου

Οδός και αριθμός ή περιοχή: (Σημ.ii) Ενορία: (Σημ.ii)

Προάστειο/Χωριό/Πόλη: Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού: (Σημ.ii) Επαρχία:

2.2 Οικονομική δραστηριότητα του εργοδότη / αυτοεργοδοτούμενου / υπεύθυνου για τη γνωστοποίηση (π.χ. οικοδομικές εργασίες, μεταλλικές κατασκευές, ξυλουργικές εργασίες, υπηρεσίες καύσης, διανομή έτοιμου φαγητού, ξενοδοχειακές υπηρεσίες, λιανικό / χονδρικό εμπόριο, μεταφορά υλικών, αποθήκευση, επιδιόρθωση αυτοκινήτων, γεωργικές εργασίες, εργασίες μεταλλείου / ορυχείου):

2.3 Αριθμός εργοδοτούμενων προσώπων που απασχολούνταν από τον εργοδότη στην τοπική μονάδα στην οποία εδρεύει ή εργάζεται ο/η εργοδοτούμενος/η που τραυματίστηκε. Στην περίπτωση εργοταξίου να αναφέρεται ο αριθμός των εργοδοτούμενων που απασχολούνται στο εργοτάξιο από τον εργοδότη (αν το θύμα ήταν αυτοεργοδοτούμενος συμπληρώστε «0»)

Συνολικός αριθμός: Άνδρες: Γυναίκες:

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΥΜΑΤΟΣ

3.1 Αρ.Ταυτ. / Διαβατ. ή Α.Ρ.Γ. για αλλοδαπό: 3.2: Τηλέφωνο: 3.3: Ημερ. Γέννησης:

3.4 Υπηκοότητα: Κύριος ☐ Αλλοδαπός: από Ε.Ε. ☐ εκτός Ε.Ε. ☐ Δηλώστε υπηκοότητα

ΥΚΑ/ΤΕΕ - Α-1 (Νοέμβριος 2019)

σελ. 5 από 7



3.5 Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός και αριθμός:	(Σημ.ii)	Ενορία:..... (Σημ.ii)
Προάστειο/Χωριό/Πόλη:	Ταχ.Κώδ. Οδού/Χωριού:	Επαρχία:

3.6 Καθεστώς απασχόλησης: Εργαζόμενος/η ☐ Συμβοληθούν Μέλος Οικογένειας ☐
 Καταρτιζόμενος/η / μαθητευόμενος/η ☐ Εκτός εργασίας ☐

3.7 Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

3.8 Επάγγελμα / ιδιότητα κατά τη στιγμή του ατυχήματος (π.χ. ξυλουργός, οικοδόμος, σερβιτόρος/α, ξενοδοχειακός υπάλληλος, γραφέας, οδηγός, διευθυντής/ρια εταιρείας, επισκέπτης/τρια, κ.λπ.)

4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

4.1 Ώρα ατυχήματος:

4.2 Θέση εργασίας θύματος κατά την ώρα του ατυχήματος (συμπληρώνεται μόνο για εργοδοτούμενα και αυτοεργοδοτούμενα πρόσωπα):

- ☐ Συνήθης
☐ Περιστασιακή ή κινητή θέση κατά τη διάρκεια ταξιδιού για λογαριασμό του εργοδότη
☐ Κατά τη συνήθη διαδρομή μεταξύ της οικίας και της εργασίας (όχι κατά τη διάρκεια της εργασίας)

4.3 Τρόπος τραυματισμού (δηλώνετε την ακριβή ενασχόληση / δουλειά του θύματος κατά την ώρα του ατυχήματος και περιγράψτε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβηκε το ατύχημα):

.....

4.4 Φύση τραυματισμού και μέρος σώματος που τραυματίσθηκε (δηλώνετε τη φύση του τραυματισμού και το μέρος του σώματος που τραυματίσθηκε, π.χ. κάταγμα στο πόδι, γδάρσιμο του χεριού, έγκαυμα στο πρόσωπο, εξάρθρωμα καρπού κλπ.):

.....

4.5 Ημερομηνία επιστροφής του θύματος στην εργασία του, μετά το ατύχημα (Να συμπληρωθεί μόνο αν το θύμα ήταν εργοδοτούμενο ή αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο και έχει ήδη επιστρέψει στην εργασία του μετά το ατύχημα):

5. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (συμπληρώνεται αν το θύμα ήταν εργοδοτούμενο)

5.1 Το ατύχημα καταχωρήθηκε στο Μητρώο Ατυχημάτων του εργοδότη, όπως προνοούν οι περί Διαχείρισης Θεμάτων Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία Κανονισμοί του 2002, όπως αυτοί αντικαθίστανται ή τροποποιούνται;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5.2 Ετοιμάστηκε διερεύνηση του ατυχήματος;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ: (η πιο κάτω δήλωση υπογράφεται από και αφορά το υπεύθυνο για τη γνωστοποίηση πρόσωπο, όταν αυτό είναι φυσικό πρόσωπο ή το πρόσωπο που υποβάλλει τη γνωστοποίηση εκ μέρους του, όταν πρόκειται για νομικό πρόσωπο (εταιρεία)):

Εγώ ο / η,

Όνοματεπώνυμο:

Ιδιότητα:(π.χ. διευθυντής/ρια, μηχανικός, επιστάτης/ρια, γραφέας κ.λ.π.)

Τηλέφωνο: Φαξ: Ηλεκτρ. Διεύθυνση:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα γνωστοποίηση είναι αληθή.

Υπογραφή
 Ημερομηνία:

Σφραγίδα

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679)

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του πιο πάνω Κανονισμού, το Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας (ΤΕΕ) ενημερώνει ότι για σκοπούς διερεύνησης του ατυχήματος στο οποίο αναφέρεται η παρούσα γνωστοποίηση, τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνονται σε αυτή, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τηρούνται νόμιμα επεξεργασίας σύμφωνα με τον εν λόγω Κανονισμό. Επίσης το ΤΕΕ ενημερώνει ότι στα πλαίσια της διερεύνησης του ατυχήματος, μέρος των προσωπικών δεδομένων ενδέχεται να ανακοινωθούν σε τρίτους, όπως άλλες Κρατικές ή Ανεξάρτητες Υπηρεσίες ή άλλα δικαιούχα πρόσωπα, όπως δικηγόρους, ασφαλιστικές εταιρείες κ.ά. Το υποκείμενο των δεδομένων αυτών έχει το δικαίωμα υποβολής αιτήματος για πρόσβαση και διόρθωση ή διαγραφή τους ή περιορισμό ή αντίταξη στην επεξεργασία τους.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται απόμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

B. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ

Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙΜΙΑ ΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.

Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:

- (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
- (β) Πιστοποιητικό φοιτήσεως για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
- (γ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
- (δ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 15



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει παροχή λόγω αναπηρίας είτε για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αριθμός Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Όνοματεπώνυμο Συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια
.....				
.....				
.....				
.....				

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (αν η αναπηρία προκλήθηκε από ατύχημα)

1. Ημερομηνία ατυχήματος:

2. Όρα ατυχήματος:

3. Τόπος ατυχήματος:

4. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:

5. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο έχει καταγγελλθεί:

ΜΕΡΟΣ IV – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (αν η αναπηρία προκλήθηκε από τέτοια ασθένεια)

1. Επαγγελματική ασθένεια από την οποία έχετε προσβληθεί:
2. Πότε έχετε προσβληθεί από την ασθένεια αυτή:

ΜΕΡΟΣ V – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ/ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Περιγράψτε την αναπηρία που προκλήθηκε λόγω του ατυχήματος ή της ασθένειας:

2. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολουθούν:

Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλ.
.....		
.....		
.....		

3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):

4. Όνοματεπώνυμο Εργοδότη: Αρ. Μητρώου:

Διεύθυνση: Τηλ.: Φαξ:

5. Σε περίπτωση πνευμοκονίασης ή επαγγελματικής ασθένειας αναφέρετε πιο κάτω λεπτομέρειες της απασχόλησής σας κατά τα τελευταία 25 χρόνια.

Όνοματεπώνυμο Εργοδότη	Διεύθυνση Εργοδότη	Είδος απασχόλησης	Περίοδος απασχόλησης Από Μέχρι
.....			
.....			
.....			

ΜΕΡΟΣ VI – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ παροχή λόγω αναπηρίας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

+ Εξουσιοδοτώ/δεν εξουσιοδοτώ το Ιατρικό Συμβούλιο του Τμήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να ζητήσει από τους γιατρούς που με παρακολουθούν, οποιαδήποτε συμπληρωματική πληροφορία, σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την ικανότητά μου για εργασία.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία Υπογραφή αιτητή/αιτητριάς

+ Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα από την οποία απαιτείται η χορήγηση της παροχής.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:**
 - (α) Ιατρική έκθεση.
 - (β) Πιστοποιητικό γάμου.
 - (γ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας του/της αιτητή/αιτητριάς κατά πόσο αυτός/αυτή συζεί με το/τη σύζυγο και τα άλλα εξαρτώμενα του/της ή αν δε συζεί, κατά πόσο τα συντηρεί αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
 - (δ) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί.
 - (ε) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (στ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο εξαρτώμενο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (ζ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτητρία.
 - (η) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 3-011)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 16



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΧΗΡΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
- Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει χορήγηση σύνταξης είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗΡΙΑΣ/ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση κατά το χρόνο θανάτου:

Εγγαμος(η) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ταχ. Κώδ.: Πόλη/Χωριό: Τηλ.:

Σημείωση: Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Όνοματεπώνυμο πεθαμένου συζύγου:

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Ημερομηνία Θανάτου: Υπηκοότητα:

Αν ο/η πεθαμένος/η είχε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας, δηλώστε:

(i) (α) Τη χώρα (β) τον Αρ. Ασφαλίσεων:

(ii) (α) Τη χώρα (β) τον Αρ. Ασφαλίσεων:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗΡΙΑΣ/ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Όνομα	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΕΘΑΜΕΝΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ

Αν ο θάνατος του/της συζύγου σας προκλήθηκε από επαγγελματικό ατύχημα, επαγγελματική ασθένεια, από τροχαίο ή άλλο ατύχημα, συμπληρώστε τα πιο κάτω:

1. Ημερομηνία ατυχήματος/ένταξης επαγγελματικής ασθένειας:
2. Ώρα ατυχήματος:
3. Τόπος ατυχήματος:
4. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:
5. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγελαθεί:
6. Ονοματεπώνυμο εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
7. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:

.....

.....

ΜΕΡΟΣ V – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ σύνταξη χηρείας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας

ΜΕΡΟΣ VI – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Πιστοποιώ ότι ο/η πιο πάνω αναφερόμενος/η αιτητής/αιτήτρια υπογράψε την αίτηση αυτή στην παρουσία μου.

Υπογραφή: Αρ. Ταυτότητας:

Διεύθυνση:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από το θάνατο του/της συζύγου.

2. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/έντυπα:

- (α) Πιστοποιητικό γάμου.
- (β) Επίσημο πιστοποιητικό θανάτου από την Επαρχιακή Διοίκηση.
- (γ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας της/του αιτητριάς/αιτητή ότι κατά το χρόνο του θανάτου του/της συζύγου συζούσε με αυτόν/αυτήν ή αν δε συζούσαν κατά πόσο ο/η αποθανών/αποθανούσα συντηρούσε αυτή/αυτόν και τα εξαρτώμενα του/της αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
- (δ) Πιστοποιητικό γέννησης του/της πεθαμένου/πεθαμένης, αν δεν έπαιρνε σύνταξη γήρατος ή ανικανότητας κατά την ημέρα του θανάτου του/της.
- (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί της/του αιτητριάς/αιτητή.
- (στ) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
- (ζ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο για ηλικίας μέχρι 25 χρόνων, που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
- (η) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από την/τον αιτήτρια/αιτητή.
- (θ) Αν ο πεθαμένος/η φοίτησε σε εκπαιδευτικό ίδρυμα μετά τη συμπλήρωση του 16ου έτους της ηλικίας του/της απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση πιστώσεων λόγω τακτικής εκπαίδευσης, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-010.
- (ι) Αν ο πεθαμένος υπηρέτησε στην Εθνική Φρουρά απαιτείται συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση πιστώσεων ασφαλιστών αποδοχών για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
- (κ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



ΟΕΒ

**Ομοσπονδία Εργοδοτών
και Βιομηχάνων (ΟΕΒ)**

Οδός Ομοσπονδίας Εργοδοτών & Βιομηχάνων Κύπρου 4, Στρόβολος, 2000 Λευκωσία, Τ.Θ. 21657, 1511 Λευκωσία, Κύπρος
Τηλ.: 22 643 000, Φαξ: 22 666 661, Email: slr@oeb.org.cy, Website: www.slr.com.cy

ISBN 978-9925-7829-2-5

Έτος Έκδοσης: 2022