

**Formulaire de demande afin de déterminer l'assujettissement à l'assurance sociale en Grèce après avoir quitté définitivement la Suisse**

**Application form to determine social insurance liability in Greece after permanent departure from Switzerland**

**Αίτηση καθορισμού ασφαλιστικής κάλυψης στην Ελλάδα μετά από την μόνιμη αναχώρηση από την Ελβετία**

**Les documents suivants doivent être joints à la demande:**

- Copie du passeport ou de la carte d'identité
- Copie de l'attestation de départ de la commune de résidence
- Copie du certificat d'assurance ou du décompte de sortie de votre dernière institution de prévoyance

**The following documents must be attached to the application:**

- Copy of a passport or identity card
- Copy of confirmation of departure from the local authority of residence
- Copy of the insurance certificate or calculation of vested benefit from last occupational benefit scheme

**Τα ακόλουθα έγγραφα θα πρέπει να επισυνάπτονται στην αίτηση:**

- Αντίγραφο διαβατηρίου ή αστυνομικής ταυτότητας
- Αντίγραφο βεβαίωσης αναχώρησης από την Αρχή του τόπου διαμονής
- Αντίγραφο βεβαίωσης ασφάλισης ή υπολογισμού του κεκτημένου δικαιώματος από τον τελευταίο φορέα επαγγελματικής ασφάλισης

**Données du demandeur (COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES SVP)**

**Information about the applicant (PLEASE FILL IN THE FORM CAPITAL LETTERS)**

**Πληροφορίες για τον αιτούντα (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)**

No-AMKA:

Hellenic Individual Social Security Number

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nom: .....  
1<sup>st</sup> Surname  
1ο επώνυμο

2. Nom: .....  
2<sup>nd</sup> Surname  
2ο επώνυμο

1. Prénom: .....  
1<sup>st</sup> Forename  
1. Ονομα

2. Prénom: .....  
2<sup>nd</sup> Forename  
2. Ονομα

Prénom(s) du père: .....  
Forename(s) of the father  
Ονομα Πατέρα

Prénom(s) de la mère: .....  
Forename(s) of the mother  
Ονομα Μητέρας

Nationalité: .....  
Nationality  
Εθνικότητα

Sexe: f  / m   
Sex  
Φύλο

Lieu de naissance: .....  
Place of birth  
Τόπος Γέννησης

Date de naissance: ...../...../.....  
Date of birth dd mm yyyy  
Ημερομηνία γέννησης

No-AVS: .....  
AHV – No

Date du départ de la Suisse: ...../...../.....  
Date of leaving Switzerland dd mm yyyy  
Ημερομηνία αναχώρησης από την Ελβετία

Adresse en Suisse / Address in Switzerland/ Διεύθυνση στην Ελβετία:

Rue / No .....

Street / No

Οδός/Αριθμός:

Code postal .....

ZIP Code

Ταχ. Κώδικας

Lieu .....

City

Πόλη

Adresse en Grèce / Address in Greece/Διεύθυνση στην Ελλάδα:

Rue / No .....

Street / No

Οδός/Αριθμός:

Code postal .....

ZIP Code

Ταχ. Κώδικας:

Lieu .....

City

Πόλη

No de téléphone: .....

Phone No

Τηλέφωνο

Institution de prévoyance en Suisse:

Occupational benefit scheme in Switzerland

Επαγγελματικό Ταμείο στην Ελβετία

.....

.....

.....

No de contrat: .....

Contract number

Αριθμός Συμβολαίου

Employeur en Suisse / Employer in Switzerland//Εργοδότης στην Ελβετία:

Nom / Name / Ονομα.....

Adresse / Address / Διεύθυνση:.....

Profession / Profession / Επάγγελμα:.....

Le demandeur autorise le Fonds de garantie LPP à transmettre ses données personnelles à l'institution compétente d'un pays de l'UE ou de l'AELE., dans le cadre du transfert d'avoirs résultant de la prévoyance professionnelle. Il autorise également l'institution compétente du pays de l'UE ou de l'AELE à transmettre les résultats de ses investigations au Fonds de garantie LPP. En outre, le Fonds de garantie LPP est autorisé à transmettre ces résultats à toutes les instances concernées (institutions gérants des comptes et personne requérante).

*The applicant authorises the LOB Guarantee Fund, for the purpose of passing on occupational benefit credit balances, to disclose his personal data to the competent body in an EU/EFTA country and authorises the competent body of a EU/EFTA country to inform the LOB Guarantee Fund of the outcome of the enquiries. The LOB Guarantee Fund is likewise authorised to inform all the parties involved (account keeping establishments and person making the application) of the outcome of the enquiries.*

Ο αιτών εξουσιοδοτεί το LOB Guarantee Fund για τον σκοπό της μεταφοράς των επαγγελματικών δικαιωμάτων, να διαβιβάζει τα προσωπικά του δεδομένα στον αρμόδιο φορέα στην χώρα Ε.Ε./ ΕΟΧ και εξουσιοδοτεί τον αρμόδιο φορέα της χώρας Ε.Ε /ΕΟΧ να ενημερώνει όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (τα ιδρύματα τήρησης λογαριασμών και το πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση), για την έκβαση των ερευνών.

Le demandeur confirme l'exactitude des données ci-dessus.  
*The applicant confirms the accuracy of the above information.*  
Ο αιτών βεβαιώνει την ακρίβεια των ανωτέρω πληροφοριών.

Lieu, date: .....  
*Place, date*  
Τόπος, Ημερομηνία

Signature: .....  
*Signature*  
Υπογραφή

(L'examen des conditions pour le versement en espèces et le versement de la prestation de libre passage est réalisé par l'institution de prévoyance compétente. / *The competent occupational benefit scheme examines the conditions for a cash payment and payment of the vested benefit/ Το αρμόδιο επαγγελματικό σύστημα εξετάζει τους όρους για παροχή σε χρήμα και την καταβολή του κεκτημένου δικαιώματος.*)

---

***Cette attestation ne doit pas être recherchée par le demandeur. En effet, il incombe au Fonds de garantie LPP de rechercher cette attestation auprès de l'autorité étrangère. Nous vous prions ainsi de laisser cette partie en blanc. / This certification should not be applied directly by the applicant. The LOB Guarantee Fund will contact the competent authority / Η αίτηση αυτή δεν θα πρέπει να υποβάλλεται απευθείας από τον αιτούντα. Το LOB Guarantee Fund θα επικοινωνεί με την αρμόδια αρχή.***

A compléter par l'autorité étrangère compétente:  
*To be completed by the competent foreign body*  
Να συμπληρωθεί από τον αρμόδιο φορέα

L'autorité compétente confirme que la personne susmentionnée, en date du ..... (date de l'examen)  
*The competent body confirms that the above person on* (date of examination)  
Η αρμόδια αρχή βεβαιώνει ότι το ανωτέρω πρόσωπο στη (ημερομηνία εξέτασης)

**est** assujettie au système d'assurance sociale de l'état.  
*is subject to the State pension insurance scheme.*  
Υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

**n'est pas** assujettie au système d'assurance sociale de l'état.  
*is not subject to the State pension insurance scheme.*  
Δεν υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοιν.ασφάλισης.

Lieu, date: .....  
*Place, date*  
Τόπος, ημερομηνία

Signature, timbre: .....  
*Signature, stamp*  
Υπογραφή, Σφραγίδα

---

Le formulaire dûment complété et signé doit être remis au Fonds de garantie LPP, Organe de direction, case postale 1023, CH-3000 Berne 14. *The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14. Η αίτηση θα συμπληρώνεται, υπογράφεται και αποστέλλεται στο LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14.*