

**Formulario di richiesta per l'accertamento dell'obbligo di assicurazione sociale in Grecia dopo l'uscita definitiva dalla Svizzera**

**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**

**Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:**

- Copia del passaporto e della carta d'identità
- Copia della notifica di partenza
- Copia del certificato d'assicurazione oppure il conteggio di uscita dell'ultimo istituto di previdenza

**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

**Dati del richiedente (COMPILARE IN MAIUSCOLO PER FAVORE)**

**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° Cognome: .....  
1<sup>st</sup> Surname  
1ο επώνυμο

2° Cognome: .....  
2<sup>nd</sup> Surname  
2ο επώνυμο

1° Nome: .....  
1<sup>st</sup> Forename  
1. Ονομα

2° Nome: .....  
2<sup>nd</sup> Forename  
2. Ονομα

Nome(i) del padre: .....  
Forename(s) of the father  
Ονομα Πατέρα

Nome (i) della madre: .....  
Forename(s) of the mother  
Ονομα Μητέρας

Nazionalità: .....  
Nationality  
Εθνικότητα

Sesso: f  / m   
Sex  
Φύλο

Luogo di nascita: .....  
Place of birth  
Τόπος Γέννησης

Data di nascita: ...../...../.....  
Date of birth dd mm yyyy  
Ημερομηνία γέννησης

No-AVS: .....  
AHV – No

Data della partenza dalla Svizzera: ...../...../.....  
Date of leaving Switzerland dd mm yyyy  
Ημερομηνία αναχώρησης από την Ελβετία

Indirizzo di residenza in Svizzera / *Address in Switzerland*/ Διεύθυνση στην Ελβετία:

Strada / No .....  
*Street / No*  
Οδός/Αριθμός:  
Codice postale ..... Città .....  
*ZIP Code* ..... *City*  
Ταχ. Κώδικας ..... Πόλη

Indirizzo di residenza in Grecia / *Address in Greece*/Διεύθυνση στην Ελλάδα:

Strada / No .....  
*Street / No*  
Οδός/Αριθμός:  
Codice postale ..... Città .....  
*ZIP Code* ..... *City*  
Ταχ. Κώδικας ..... Πόλη

No di telefono: .....  
*Phone No*  
Τηλέφωνο

Istituto di previdenza in Svizzera:  
*Occupational benefit scheme in Switzerland*  
Επαγγελματικό Ταμείο στην Ελβετία

.....  
.....  
.....

No di contratto: .....  
*Contract number*  
Αριθμός Συμβολαίου

Datore di lavoro in Svizzera / *Employer in Switzerland*//Εργόδοτης στην Ελβετία:

Nome / *Name* / Ονομα.....  
Indirizzo / *Address* / Διεύθυνση:.....  
Professione / *Profession* / Επάγγελμα:.....

In relazione agli averi della previdenza professionale, il richiedente autorizza il Fondo di garanzia LPP a trasmettere all'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS i suoi dati personali, così come autorizza l'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS a trasmettere al Fondo di garanzia LPP, il risultato dell'accertamento. Il Fondo di garanzia viene inoltre autorizzato ad informare tutte le parti coinvolte (istituto che gestisce l'avere e richiedente) sul risultato dell'accertamento.

*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 διαβιβάσει τα προσωπικά του δεδομένα στον αρμόδιο φορέα στην χώρα Ε.Ε./ ΕΟΧ και εξουσιοδοτεί τον αρμοδιο 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.

Il richiedente conferma la correttezza dei dati qui sopra riportati.  
*The applicant confirms the accuracy of the above information.*  
Ο αιτών βεβαιώνει την ακρίβεια των ανωτέρω πληροφοριών.

Luogo, data: .....  
*Place, date*  
Τόπος, Ημερομηνία

Firma: .....  
*Signature*  
Υπογραφή

(La verifica dei requisiti richiesti per un versamento in contanti e per il pagamento della prestazione di libero passaggio avviene attraverso l'Istituto di previdenza preposto. / *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.*)

---

**Questa attestazione non deve essere richiesta dal richiedente, ma sarà il Fondo di garanzia LPP che la richiederà presso l'autorità straniera. La preghiamo quindi di non compilare questa parte del formulario. / 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.**

Da compilare da parte dell'autorità competente straniera:  
*To be completed by the competent foreign body*  
Να συμπληρωθεί από τον αρμοδιο φορέα

L'autorità competente conferma che la succitata persona il ..... (data del controllo)  
*The competent body confirms that the above person on* (date of examination)  
*Η αρμόδια αρχή βεβαιώνει ότι το ανωτέρω πρόσωπο στη* (ημερομηνία εξέτασης)

**è** soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.  
*is subject to the State pension insurance scheme.*  
Υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

**non è** soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.  
*is not subject to the State pension insurance scheme.*  
Δεν υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοιν.ασφάλισης.

Luogo, data: .....  
*Place, date*  
Τόπος, ημερομηνία

Firma, timbro: .....  
*Signature, stamp*  
Υπογραφή, Σφραγίδα

---

Il formulario debitamente ed integralmente compilato e firmato va inviato al Fondo di garanzia LPP, Ufficio di direzione, Casella postale 1023, CH-3000 Berna 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.*