



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΑΝΑΡΤΗΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΑΡ.: 32

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

Ταχ. Δ/νση: Αγ. Κων/νου 8 (10241)

Πληροφορίες: Μ. Κουτσοπούλου

Τηλ.: 2105215000

FAX: 2105230046

e-mail : d.sintaxon@efka.gov.gr

Αθήνα, 21/8/ 2017

Αριθ. Πρωτ.

Σ70/ 15

ΠΡΟΣ:

1. Τους Αποδέκτες του Πίνακα Α'

2. Την Η.Δι.Κ.Α. Α.Ε.

Δ/νση Λειτουργίας & Υποστήριξης
Εφαρμογών

Υποδιεύθυνση: Υποστήριξης Πελατών
Λυκούργου 10, Τ.Κ. 10551 Αθήνα

3. Υποομάδα Έργου Συντάξεων ΕΦΚΑ

Πατησίων 12, Τ.Κ. 10677 Αθήνα

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

«Ιριδα», Κολοκοτρώνη 4, Τ. Κ. 10561 Αθήνα

Θ Ε Μ Α: «Παράταση χορήγησης των συνταξιοδοτικών παροχών που έληξαν κατά τη διάρκεια αναμονής των ασφαλισμένων προς εξέτασή τους από τις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α.».

Σχετ.: Η εγκύκλιος 13/2017.

Σας κοινοποιούμε το με αρ. πρωτ. Φ.80000/οικ.28838/1235/27.6.2016 έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΑΔΑ: Ψ7ΡΚ465Θ1Ω-ΨΥΜ), σχετικά με την **εξάμηνη παράταση χορήγησης των συνταξιοδοτικών παροχών που έληξαν κατά τη διάρκεια αναμονής των ασφαλισμένων προς εξέτασή τους από τις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α.**, σε συνέχεια των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 4430/2016 (Α'205).

Έχοντας υπόψη όσα αναφέρονται στο ανωτέρω έγγραφο του ΥΠΕΚΑΑ και σε συνδυασμό με τις οδηγίες της εγκυκλίου 13/2017, διευκρινίζουμε ότι το εν λόγω δικαίωμα των

προσώπων που αναφέρονται στα στοιχεία **α έως και ε** αυτής της εγκυκλίου αφορά πλέον την παράταση των συνταξιοδοτικών παροχών που χορηγούνταν με αιτία την αναπηρία, οι οποίες εμφανίζονται στα μηχανογραφικά αρχεία με λήξη συνταξιοδότησης μέχρι την ημερομηνία έναρξης ισχύος της νέας ρύθμισης και από 1.7.2017 και μετά. Οι δικαιούχοι θα συνεχίσουν να λαμβάνουν το ποσό της παροχής που δικαιούνταν πριν από τη λήξη της για ορισμένο χρονικό διάστημα, όχι μεγαλύτερο από έξι συνεχείς μήνες.

Η επανάληψη χορήγησης της εν λόγω παροχής είναι επιτρεπτή μόνο στην περίπτωση που έχει εκδοθεί απόφαση παράτασης του δικαιώματος που είχε λήξει για ορισμένο χρόνο και στη συνέχεια το δικαίωμα αυτό λήξει εκ νέου, με αποτέλεσμα να υφίσταται και πάλι εκκρεμότητα στα ΚΕΠΑ για υγειονομική κρίση. Αντίθετα, εάν δεν έχει μεσολαβήσει η έκδοση τέτοιας απόφασης και ο συνταξιούχος είχε ενταχθεί στους δικαιούχους των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 4430/2016, **δεν δικαιούται διαδοχικά εκ νέου την εν λόγω παράταση**. Εκτός αυτού, το δικαίωμα δεν παρέχεται γενικά στα πρόσωπα που αναφέρονται στο πεδίο των εξαιρέσεων της ανωτέρω σχετικής εγκυκλίου δεν (σελ. 3).

Τέλος, ως προς τις υπηρεσιακές ενέργειες **εξακολουθούν να ισχύουν οι διαδικασίες που τηρούνταν από τους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι εντάχθηκαν στον Ε.Φ.Κ.Α.**

Συν.: α) Το με αρ. πρωτ. Φ.80000/οικ.28838/1235/27.6.2016 έγγραφο του ΥΠΕΚΑΑ

β) 2 υποδείγματα Απόφασης Διευθυντή

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

Η ΑΝΑΠΛ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ
ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΑΠΟΝΟΜΗΣ
ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

ΜΑΡΙΑ ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΑΤΤΑΛΙΑΛΗ

ΙΩΑΝΝΑ ΓΑΤΗ-ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΕΦΚΑ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΑΚΑΛΕΞΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γρ. Γεν. Δ/ντριας Απονομής Συντάξεων
3. Γρ. Γεν. Δ/ντριας Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων και Εργοδοτών
4. Γρ. Διευθύντριας Απονομής Συντάξεων

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΤΕΛΟΥΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Π. ΚΑΤΩΠΟΔΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

Ημερομηνία:
Αριθμός Απόφασης:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Ο Διευθυντής
αρμόδιος να κρίνει τη συνέχιση της χορήγησης ποσών που αφορούν συνταξιοδοτικές παροχές
στον/στην ασφαλισμένο/-η με τα ακόλουθα στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Α.Μ.Α.:

Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Φ.Μ.:

Έχοντας υπ' όψη:

- α) Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 4430/2016, όπως ισχύουν.
- β) Τα στοιχεία της Υπηρεσίας, από τα οποία προκύπτει ότι έληξε/-αν η/οι συνταξιοδοτική/-ές παροχή/-ές που ελάμβανε ο/η ανωτέρω, ότι εκκρεμεί η έκδοση γνωμάτευσης από τις Υγειονομικές Επιτροπές ΚΕ.Π.Α. για την παράταση της χορήγησης αυτής/-τών της/των παροχής/-ών χωρίς υπαιτιότητά του/της και ότι συντρέχει λόγος παράτασης της καταβολής του ποσού της/των συνταξιοδοτικής/-ών παροχής/-ών που έληξε/-αν για 6 μήνες κατ' ανώτατο όριο, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες διατάξεις.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Να παρατείνει την καταβολή του ποσού της/των μηνιαίας/-ων παροχής/-ών που χορηγείτο/-ούνταν στον/στην ανωτέρω κατά την τελευταία πληρωμή πριν από τη λήξη του δικαιώματος, από μέχρι και πάντως όχι αργότερα από την ημερομηνία αναγγελίας της παράτασης του δικαιώματος μετά την έκδοση σχετικής απόφασης Διευθυντή. Το χορηγούμενο ποσό υπόκειται στις νόμιμες κρατήσεις.

ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΤΑΙ

1. **Ως προς την έκδοση απόφασης παράτασης της/των παροχής/-ών που έληξε/-αν, μετά την έκδοση οριστικής γνωμάτευσης των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. και ως προς τον συμψηφισμό των ποσών που χορηγούνται με την απόφαση αυτή.**
2. **Ως προς την αναζήτηση των αχρεωστήτως καταβληθεισών παροχών, οι οποίες θα αναζητηθούν άτοκα, είτε διά συμψηφισμού, με μηνιαία παρακράτηση σε ποσοστό 20% από την καταβαλλόμενη συνταξιοδοτική παροχή, είτε σύμφωνα με τις διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε., εάν δεν καταβάλλεται παροχή, εφόσον, μετά την οριστική γνωμάτευση των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. κριθεί, κατά περίπτωση, ότι:**
 - α) ο/η ασφαλισμένος/-η φέρει **μικρότερο ποσοστό αναπηρίας** από εκείνο με βάση το οποίο του/της χορηγούνται ποσά με την παρούσα απόφαση,
 - β) ο/η ασφαλισμένος/-η **δεν φέρει συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας** (κάτω του 50%),
 - γ) ο/η **ασφαλισμένος/-η δεν δικαιούται την/τις παροχή/-ές που χορηγήθηκαν με την απόφαση αυτή.**

Ο/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ/-Η

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/-ΝΤΡΙΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η:
2. ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

Ημερομηνία:
Αριθμός Απόφασης:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Ο Διευθυντής αρμόδιος να κρίνει τη συνέχιση της χορήγησης ποσών που αφορούν συνταξιοδοτικές παροχές στον/στην ασφαλισμένο/-η με τα ακόλουθα στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

A.M.A.:

A.M.K.A.:

A.Φ.Μ.:

Έχοντας υπ' όψη:

- Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 4430/2016, όπως ισχύουν.
- Τα στοιχεία της Υπηρεσίας, από τα οποία προκύπτει ότι έληξε/-αν η/οι συνταξιοδοτική/-ές παροχή/-ές που ελάμβανε ο/η ανωτέρω, ότι εκκρεμεί η έκδοση γνωμάτευσης από τις Υγειονομικές Επιτροπές ΚΕ.Π.Α. για την παράταση της χορήγησης αυτής/-τών της/των παροχής/-ών χωρίς υπαιτιότητά του/της και ότι συντρέχει λόγος παράτασης της καταβολής του ποσού της/των συνταξιοδοτικής/-ών παροχής/-ών που έληξε/-αν για 6 μήνες κατ' ανώτατο όριο, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες διατάξεις.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Να παρατείνει την καταβολή του ποσού της/των μηνιαίας/-ων παροχής/-ών που χορηγείτο/-ούνταν στον/στην ανωτέρω από το ΕΤΕΑ κατά την τελευταία πληρωμή πριν από τη λήξη του δικαιώματος, από μέχρι και πάντως όχι αργότερα από την ημερομηνία αναγγελίας της παράτασης του δικαιώματος μετά την έκδοση σχετικής απόφασης Διευθυντή. Το χορηγούμενο ποσό υπόκειται στις νόμιμες κρατήσεις.

ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΤΑΙ

1. Ως προς την έκδοση απόφασης παράτασης της/των παροχής/-ών που έληξε/-αν, μετά την έκδοση οριστικής γνωμάτευσης των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. και ως προς τον συμψηφισμό των ποσών που χορηγούνται με την απόφαση αυτή.

2. Ως προς την αναζήτηση των αχρεωστήτως καταβληθεισών παροχών, οι οποίες θα αναζητηθούν άτοκα, είτε διά συμψηφισμού, με μηνιαία παρακράτηση σε ποσοστό 20% από την καταβαλλόμενη συνταξιοδοτική παροχή, είτε σύμφωνα με τις διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε., εάν δεν καταβάλλεται παροχή, εφόσον, μετά την οριστική γνωμάτευση των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. κριθεί, κατά περίπτωση, ότι:

- ο/η ασφαλισμένος/-η φέρει **μικρότερο ποσοστό αναπηρίας** από εκείνο με βάση το οποίο του/της χορηγούνται ποσά με την παρούσα απόφαση,
- ο/η ασφαλισμένος/-η **δεν φέρει συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας** (κάτω του 50%),
- ο/η **ασφαλισμένος/-η δεν δικαιούται την/τις παροχή/-ές που** χορηγήθηκαν με την απόφαση αυτή.

Ο/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ/-Η

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/-ΝΤΡΙΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η:
- ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ: