



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓ/ΤΙΩΝ

(ΟΑΕΕ)

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ

Δ/ΝΣΗ:

ΤΜΗΜΑ:

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:

ΠΛΗΡΟΦ:

ΤΗΛΕΦ:

FAX:

...../...../.....201..

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.:.....

**ΠΡΑΞΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**  
(Άρθρο 32 παρ. 5 του Ν. 4075/2012)

**ΠΡΟΣ:** Επώνυμο :..... Όνομα :.....  
Πατρ/μο :..... Ταχυκ.:.....  
Δ/νση :.....  
Α.Μ.Κ.Α. :.....  
Α.Φ.Μ. :.....  
Αριθμός Μητρώου:..... Παλαιός Α.Μ. :.....

Έχοντας υπόψη την από ..... αριθ.πρ. ....  
αίτησή σας και :

1. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012.
2. Την αριθ. Φ 80000 / 10255 / 334 / 2012 (ΦΕΚ1849 Β / 13 - 6 - 2012)  
Υπουργική Απόφαση.
3. Το ΠΔ 5/2007 και το ΠΔ 154/06.

**Κ Α Τ Α Τ Α Σ Σ Ο Υ Μ Ε**

Τ.... ασφαλισμέν.....

(ΕΑΜ.....) από την ..... ασφαλιστική κατηγορία, στην ..... ασφαλιστική  
κατηγορία του Κλάδου Σύνταξης, από .....

Η κατάταξη ισχύει για όσο χρόνο ο ασφαλισμένος δεν έχει ληξιπρόθεσμη οφειλή ή τηρεί τους όρους  
της ρύθμισης στην οποία έχει υπαχθεί και λήγει αυτοδίκαια την 31/12/2014.

Μετά την ημερομηνία αυτή ή σε περίπτωση απώλειας του δικαιώματος ο ασφαλισμένος  
κατατάσσεται στην υποχρεωτική ασφαλιστική κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ 5/07.

Δικαίωμα επαναφοράς στην υποχρεωτική κατηγορία δύναται να ασκηθεί οποτεδήποτε με νέα  
αίτηση του ασφαλισμένου.

.... ΠΡ/Ν.....

.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓ/ΤΙΩΝ  
(ΟΑΕΕ)

### ΑΙΤΗΣΗ

(για κατάταξη σε χαμηλότερη ασφαλιστική κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012)

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

E-MAIL.....

#### Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΟΑΕΕ.....

ΑΜΚΑ.....

Α.Φ.Μ.....

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ.....

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ.....

ΠΡΟΣ: Ο.Α.Ε.Ε.

ΤΜΗΜΑ.....

Παρακαλώ, όπως με κατατάξετε από την ..... ασφαλιστική κατηγορία, στην.....ασφαλιστική κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 32 του Ν. 4075/2012.

Έλαβα γνώση ότι:

- η κατάταξη ισχύει για όσο χρόνο δεν υπάρχει ληξιπρόθεσμη οφειλή ή τηρούνται οι όροι της ρύθμισης στην οποία έχω υπαχθεί και λήγει αυτοδίκαια την 31/12/2014.
- στην περίπτωση απώλειας θα επανέλθω στην υποχρεωτική ασφαλιστική κατηγορία.

Ο/Η ΑΙΤ.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
ΑΡΙΘ.ΠΡΩΤ.:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: