



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

- Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος
- Ο περί Ετησίων Αδειών Μετ' Απολαβών Νόμος
- Ο περί Τερματισμού Απασχολήσεως Νόμος
- Ο περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμος
- Ο περί Ταμείου Κοινωνικής Συνοχής Νόμος

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΑΝ ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η αίτηση αυτή συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο ή και τον εργοδότη και αποστέλλεται στο πλησιέστερο Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Εγγραφής Αλλοδ.:

Αρ. Διαβατηρίου: Αρ. Ασφαλίσεως:

Όνοματεπώνυμο:

Ταχυδρομική Διεύθυνση

Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

Ζητώ να μου επιστραφούν οι εισφορές που πλήρωσα αχρεωστήτως για την περίοδο από

μέχρι για το λόγο ότι

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τυχόν εισφορές οι οποίες θα σας επιστραφούν, θα καταβληθούν 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 ή εάν δεν έχετε δηλώσει τραπεζικό λογαριασμό για να λάβετε οποιαδήποτε παροχή η οποία καταβάλλεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Ημερομηνία: Υπογραφή:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αρ. Μητρώου Εργοδότη: Όνομα Εργοδότη:

Ταχυδρομική Διεύθυνση

Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

Ζητώ να μου επιστραφούν οι εισφορές που πλήρωσα αχρεωστήτως για τους πιο κάτω μισθωτούς για την περίοδο

από μέχρι για το λόγο ότι

Όνοματεπώνυμο Μισθωτού	Αριθμός Ταυτότητας	Αριθμός Ασφαλίσεως
.....
.....
.....
.....

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τυχόν εισφορές οι οποίες θα σας επιστραφούν, θα καταβληθούν 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 ή εάν δεν έχετε δηλώσει τραπεζικό λογαριασμό για να λάβετε οποιαδήποτε παροχή η οποία καταβάλλεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Όνομα Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Ημερομηνία: Υπογραφή:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν πρωτότυπες βεβαιώσεις από τα Τραπεζικά/Συνεργατικά Πιστωτικά Ιδρύματα, όπου παρουσιάζονται οι δικαιούχοι και οι διεθνείς αριθμοί λογαριασμών (IBAN).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

I. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Εγκρίνεται για την περίοδο από μέχρι

(α) Αρ. Επιταγής: ποσό €

(β) Επιστροφή μέσω Λογιστηρίου ποσό €

* Απορρίπτεται.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗ:

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

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.