

Canada/Greece Agreement

Applying for a Greek Old Age and/or Invalidity Pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 2710 Station Main
Edmonton, AB T5J 2G4
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE HELLENIC REPUBLIC AND CANADA

ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ
EXAMINATION OF AN APPLICATION FOR A GREEK PENSION

☐ Αναπηρία / Invalidity	☐ Γήρατος / Old-age	☐ Επιζώντων / Survivors'
--	--	---

1. Στοιχεία ασφαλισμένου (νης)
Information concerning the contributor

1.1 Επώνυμο Surname																	
1.2 Όνομα Given name																	
1.3 Όνομα Πατέρα Father's name																	
1.4 Προηγούμενο Επώνυμο ⁽¹⁾ Previous surname																	
1.5 Ημερομηνία γέννησης Date of birth (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	1.6 Τόπος γέννησης Place of birth	1.7 Υπηκοότητα Nationality	1.8 Φύλο Ανδρας Γυναίκα Sex Male Female ☐ ☐														
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">1.9 Οικογενειακή κατάσταση :</td> <td style="width:12.5%; border-bottom: 1px solid black;">Άγαμος(η) Single</td> <td style="width:12.5%; border-bottom: 1px solid black;">Έγγαμος(η) Married</td> <td style="width:12.5%; border-bottom: 1px solid black;">Χήρα (ος) Widow(er)</td> <td style="width:12.5%; border-bottom: 1px solid black;">Διαζευγμένος(η) Divorced</td> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;">από την (ημ./μήνας/έτος) since (day/month/year)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">☐</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">☐</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">☐</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">☐</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>						1.9 Οικογενειακή κατάσταση :	Άγαμος(η) Single	Έγγαμος(η) Married	Χήρα (ος) Widow(er)	Διαζευγμένος(η) Divorced	από την (ημ./μήνας/έτος) since (day/month/year)		☐	☐	☐	☐	
1.9 Οικογενειακή κατάσταση :	Άγαμος(η) Single	Έγγαμος(η) Married	Χήρα (ος) Widow(er)	Διαζευγμένος(η) Divorced	από την (ημ./μήνας/έτος) since (day/month/year)												
	☐	☐	☐	☐													
1.10 Αριθμός Μητρώου ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Greek Social Security number			1.11 Επωνυμία ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Name of Greek Insurance Institution														
1.12 Ελληνικός Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ) ⁽³⁾ Greek tax registration number (AFM)			1.13 Ελληνικός Αριθμός Μητρώου Κοιν. Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ⁽³⁾ Greek Social Security Identification Number (AMKA)														
1.14 Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά Canadian Social Insurance Number																	
1.15 Πλήρης διεύθυνση κατοικίας / Full address ⁽⁴⁾																	

2. Στοιχεία συζύγου ⁽⁵⁾

Information concerning the spouse

2.1 Επώνυμο Surname			
2.2 Όνομα Given name			
2.3 Όνομα Πατέρα Father's name			
2.4 Προηγούμενο Επώνυμο ⁽¹⁾ Previous surname			
2.5 Ημερομηνία γέννησης Date of birth (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	2.6 Τόπος γέννησης Place of birth	2.7 Υπηκοότητα Nationality	2.8 Φύλο Ανδρας Γυναίκα Sex Male Female ☐ ☐
2.9 Αριθμός Μητρώου ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Greek Social Security number		2.10 Επωνυμία ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Name of Greek Insurance Institution	
2.11 Ελληνικός Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ) ⁽³⁾ Greek tax registration number (AFM)		2.12 Ελληνικός Αριθμός Μητρώου Κοιν. Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ⁽³⁾ Greek Social Security Identification Number (AMKA)	
2.13 Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά Canadian Social Insurance Number			
2.14 Επαγγελματική κατάσταση/Professional status: ☐ Δεν εργάζεται-δεν συνταξιοδοτείται / Not working/not retired ⁽⁶⁾ ☐ Εργάζεται από / Working since (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year) ☐ Συνταξιοδοτείται από / Retired since (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year) Μικτό μηνιαίο ποσό σύνταξης /Gross monthly pension amount: Επωνυμία ασφαλιστικού Οργανισμού/Name of Insurance Institution:			
2.15 Πλήρης διεύθυνση (να αναγραφεί μόνο εφόσον δεν είναι η ίδια με του ασφαλισμένου) ⁽⁴⁾ Full address (to be stated only in case it is not the same with that of the insured person)			

3. Στοιχεία εξαρτωμένων μελών του/της ασφαλισμένου (νης) εκτός από τον/την σύζυγο ⁽⁷⁾

Information concerning the dependent family members of the insured person apart from the spouse

		1 ^ο παιδί 1 st child	2 ^ο παιδί 2 nd child	3 ^ο παιδί 3 rd child																								
3.1	Επώνυμο Surname																											
3.2	Όνομα Given name																											
3.3	Αριθμός Μητρώου Κοιν. Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ⁽³⁾ Greek Social Security Identification Number (AMKA)																											
3.4	Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date of birth (day/month/year)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
3.5	Τόπος γέννησης Place of birth																											
3.6	Φύλο (Άνδρας / Γυναίκα) Sex (Male / Female)																											
3.7	Υπηκοότητα Nationality																											
3.8	Επώνυμο και όνομα του άλλου γονέα ⁽⁸⁾ Surname and given name of the other parent																											
3.9	Είναι σπουδαστής-στρια/φοιτητής-τρια. He/she is a student.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No																								
3.10	Είναι ανάπηρος-η / ανίκανος-η για εργασία. He/she is disabled / incapable of working.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No																								
3.11	Εάν απαντήσατε «ναι» στο 3.10, αναφέρατε όνομα και διεύθυνση του κηδεμόνα/επιτρόπου. If you answered “yes” to 3.10, please state name and address of the guardian.																											
3.12	Εργάζεται/επιδoteύεται/συνταξιοδοτείται. Employed/subsidized/retired.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No																								
3.13	Ο άλλος γονέας είναι συνταξιούχος και λαμβάνει επίδομα τέκνων; The other parent is retired and receives children allowance?	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No																								

4. Συμπληρώνεται σε περίπτωση αίτησης για σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας
To be completed when applying for old-age or for invalidity pension

4.1 Ο ασφαλισμένος εργάζεται ακόμη ως μισθωτός; Is the contributor still engaged in paid employment? Ο ασφαλισμένος ασκεί ακόμη ανεξάρτητο επάγγελμα; Is the contributor still self-employed?	☐ Ναι/Yes ☐ Ναι/Yes	☐ Όχι ☐ Όχι							
4.2 Εάν απαντήσατε «ναι» στο 4.1, σημειώστε : If you answered “yes” to 4.1, indicate :	Είδος εργασίας ή ασκούμενου ανεξαρτήτου επαγγέλματος Kind of work or of self-employed activity Ωρες εργασίας την εβδομάδα Hours of work per week Ύψος μικτού μηνιαίου μισθού Amount of gross salary per month								
4.3 Εάν απαντήσατε «όχι» στο 4.1, σημειώστε ημερομηνία διακοπής της επαγγελματικής δραστηριότητας. If you answered “no” to 4.1, indicate the date of cessation of professional activity. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)									
4.4 Σε περίπτωση αίτησης για σύνταξη αναπηρίας, η ανικανότητα για εργασία είναι κατά πάσα πιθανότητα συνέπεια εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας; In case of application for invalidity pension, is the incapacity to work probably due to a work accident or disease? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No									
4.5. Σε περίπτωση αίτησης για σύνταξη αναπηρίας, απαιτούνται πρόσφατες ιατρικές γνωματεύσεις (τελευταίου τετραμήνου). In case of application for invalidity pension, recent medical reports are necessary (issued within the last four months). ☐ Επισυνάπτονται ιατρικές γνωματεύσεις (..... φύλλα). Medical reports attached (..... pages).									

5. Συμπληρώνεται σε περίπτωση αίτησης για σύνταξη επιζώντων
To be completed when applying for a survivors' pension

5.1 Ο/Η ασφαλισμένος/η πέθανε στις The contributor died on	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)							
5.2 Ο θάνατος είναι κατά πάσα πιθανότητα συνέπεια εργατικού ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας; Is death probably due to a work accident or occupational disease? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No								

Στοιχεία για τη χήρα ή τον χήρο ⁽⁵⁾ Information concerning the widow or widower			
5.3 Επώνυμο Surname			
5.4 Όνομα Given name			
5.5 Όνομα Πατέρα Father's name			
5.6 Το γένος της χήρας ⁽¹⁾ Widow's maiden name			
5.7 Ημερομηνία γέννησης Date of birth (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	5.8 Τόπος γέννησης Place of birth	5.9 Υπηκοότητα Nationality	5.10 Φύλο Ανδρας Γυναίκα Sex Male Female ☐ ☐
5.11 Αριθμός Μητρώου ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Greek Social Security number		5.12 Επωνυμία ελληνικού ασφαλιστικού φορέα ⁽²⁾ Name of Greek Insurance Institution	
5.13 Ελληνικός Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ) ⁽³⁾ Greek tax registration number (AFM)		5.14 Ελληνικός Αριθμός Μητρώου Κοιν.Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ⁽³⁾ Greek Social Security Identification Number (AMKA)	
5.15 Ημερομηνία τέλεσης γάμου Date of marriage (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	5.16 Ο γάμος διαρκούσε κατά την ημερομηνία του θανάτου; Was the applicant still married on the date of death? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/ No	5.17 Εάν όχι, ημερομηνία λύσης του γάμου If no, date of dissolution of the marriage (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	
5.18 Η χήρα/ο χήρος έχει ξαναπαντρευτεί; Has the widow(er) remarried? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/ No		5.19 Εάν ναι, ημερομηνία νέου γάμου If yes, date of remarriage (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)	
5.20 Επαγγελματική κατάσταση / Professional status: ☐ Δεν εργάζεται-δεν συνταξιοδοτείται / Not working-not retired ⁽⁶⁾ ☐ Εργάζεται από/Working since (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year) ☐ Συνταξιοδοτείται από / Retired since (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year) Μικτό μηνιαίο ποσό σύνταξης/ Gross monthly pension amount Επωνυμία ασφαλιστικού Οργανισμού/Name of insurance Institution			
5.21 Αν είναι συνταξιούχος, λαμβάνει επίδομα συζύγου ή επίδομα παιδιών; If he/she is retired, does he/she receive spouse benefit and/or children allowance?		Ναι/Yes ☐	Όχι / No ☐
5.22 Πλήρης διεύθυνση κατοικίας / Full address ⁽⁴⁾			

Στοιχεία ορφανών ⁽⁷⁾ Information concerning the orphans		1 ^ο παιδί 1 st child	2 ^ο παιδί 2 nd child	3 ^ο παιδί 3 rd child
5.23	Επώνυμο Surname			
5.24	Όνομα Given name			
5.25	Αριθμός Μητρώου Κοιν. Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ⁽³⁾ Greek Social Security Identification Number (AMKA)			
5.26	Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος) Date of birth (day/month/year)			
5.27	Τόπος γέννησης Place of birth			
5.28	Φύλο (Άνδρας / Γυναίκα) Sex (Male / Female)			
5.29	Υπηκοότητα Nationality			
5.30	Επώνυμο και όνομα του άλλου γονέα ⁽⁸⁾ Surname and given name of the other parent			
5.31	Είναι σπουδαστής-στρια/φοιτητής-τρια He/she is a student.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No
5.32	Είναι ανάπηρος-η / ανίκανος-η για εργασία. He/she is disabled / incapable of working.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No
5.33	Εάν απαντήσατε ναι στο 5.32, αναφέρατε όνομα και διεύθυνση του κηδεμόνα/επιτρόπου. If you answered yes to 5.32, please state name and address of the guardian.			
5.34	Εργάζεται/επιδoteύεται/συνταξιοδοτείται. Employed/subsidized/retired.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No
5.35	Ο άλλος γονέας είναι συνταξιούχος και λαμβάνει επίδομα τέκνων. The other parent is retired and receives children allowance.	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No	☐ Ναι από / Yes since/...../..... ☐ Όχι/No

6. Λοιπά στοιχεία για τον/την ασφαλισμένο (νη)
Miscellaneous information concerning the contributor

6.1 Πληροφορίες σχετικές με την επαγγελματική σταδιοδρομία στην Ελλάδα. ⁽⁹⁾

Information concerning the professional career in Greece

Από/From	Έως/To	Ειδικότητα Occupation	Όνομα και διεύθυνση εργοδότη Name and address of employer	Ταμείο ασφάλισης και αριθμός ασφάλισης Insurance Institution and insurance number	Παρατηρήσεις Remarks

6.2 Πλασματικοί χρόνοι ασφάλισης -Fictitious insurance periods

Εάν ο/η αιτών(ούσα) επιθυμεί την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, θα πρέπει να συμπληρώσει με “X” το κατάλληλο πεδίο.

If the applicant wishes the reckoning of the following certain periods, he/she has to mark “X” the relevant box.

6.2.1 Αναγνώριση χωρίς καταβολή εισφορών (χωρίς πληρωμή) Reckoning without payment of contributions		6.2.2 Αναγνώριση με καταβολή εισφορών (με πληρωμή) Reckoning with payment of contributions	
Χρόνος επιδότησης λόγω ανεργίας Period of receipt of unemployment benefit	☐	Χρόνος στρατιωτικής υπηρεσίας Στρατολογικό Γραφείο : Period of military service Military registration office:	☐
Χρόνος επιδότησης λόγω ασθένειας Period of receipt of sickness benefit	☐	Χρόνος σπουδών Period of studies	☐
Χρόνος απουσίας από την εργασία λόγω κύησης και λοχείας Period of absence from work due to pregnancy and confinement	☐	Χρόνος μαθητείας (π.χ. σε προγράμματα απόκτησης εργασιακής εμπειρίας) Period of apprenticeship (e.g. in programs for gaining work experience)	☐
*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.06.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω ιδεολογικών και/ή θρησκευτικών πεποιθήσεων. For those imprisoned till 27.06.1997 because they refused to perform military service on the grounds of freedom of conscience and/or religion.		Χρόνος παιδιών Period for childcare	☐
		Χρόνος γονικής άδειας ανατροφής παιδιών Period of child raising leave	☐
		Χρόνος εκπαιδευτικής άδειας χωρίς αποδοχές Period of unpaid educational leave	☐
		Κενά διαστήματα ασφάλισης Periods with no insurance	☐
		Χρόνος απεργίας Period of strike	☐
		Χρόνος φυλάκισης * Period of imprisonment	☐

6.3 Σε περίπτωση ασφάλισης σε περισσότερα του ενός ελληνικά ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ κλπ), επιθυμεί ο/η αιτών(ούσα) το συνυπολογισμό του χρόνου ασφάλισης των άλλων Ταμείων;
In case of insurance to more than one Greek insurance Institutions (IKA-ETAM, OAEE, OGA etc), does the applicant wish the totalization of all insurance periods?

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

6.4 Λαμβάνει ο/η ασφαλισμένος(νη) ήδη σύνταξη από ελληνικό ασφαλιστικό Ταμείο ή το Δημόσιο;
Does the contributor already receive a pension from a Greek insurance Institution or the scheme for civil servants?

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No ☐ Εάν ναι, σημειώστε :/If yes, indicate :

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No ☐ Εάν ναι, σημειώστε :/If yes, indicate :

Είδος της σύνταξης : ☐ αναπηρίας ☐ γήρατος ☐ επιζώντων
Type of pension : ☐ invalidity ☐ old-age ☐ survivor's

Ελληνικό ασφαλιστικό Ταμείο:
Greek insurance Institution:

Ελληνικός αριθμός ασφάλισης: _____
Greek social security number: _____

6.5 Έχει ο/η ασφαλισμένος(νη) υποβάλει παλαιότερα αίτηση για σύνταξη; ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
Has the contributor previously submitted a pension claim?

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

6.6 Έχει ο/η αιτών/ούσα ασφαλιστεί σε τρίτο κράτος;
Has the applicant been insured in a third country?

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

Εάν «ναι», αναφέρατε τη χώρα και τον σχετικό αριθμό κοινωνικής ασφάλισης.
If yes, indicate the country and the relevant social insurance number.

6.7 Ο/Η αιτών(ούσα) επιθυμεί να λαμβάνει τη σύνταξή του/της στον εξής τραπεζικό λογαριασμό (σημειώστε με “X” το κατάλληλο πεδίο): ⁽¹⁰⁾
The applicant wishes to receive his/her pension at the following bank account (mark “X” appropriate box):

☐ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ IBAN ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ / GREEK IBAN

Επωνυμία και διεύθυνση Τράπεζας / Bank name and address

[illegible]

SWIFT/BIC.....

☐ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ / CANADIAN BANK ACCOUNT

Επωνυμία και διεύθυνση Τράπεζας / Bank name and address

Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού / bank account number

.....

7. Δήλωση του/της αιτούντα (ούσας)
Applicant's declaration

Με την αίτηση αυτή ζητώ σύνταξη σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία.
 I hereby apply for a pension according to the Greek legislation.

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σ' αυτή την αίτηση είναι σωστές και ολοκληρωμένες και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιώ τον αρμόδιο ελληνικό Οργανισμό για κάθε αλλαγή που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμά μου για σύνταξη.

I hereby declare that the information given in this application is accurate and complete and I undertake to inform the Greek competent Institution of any change which could affect my right to a pension.

Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία Απασχόλησης και Κοινωνικής Ανάπτυξης του Καναδά να παρέχει στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) στην Ελλάδα όλες τις πληροφορίες και τα απαραίτητα δικαιολογητικά που κατέχει και που είναι σχετικά με αυτή την αίτηση για παροχές.

I authorize the Employment and Social Development Canada to furnish to the Social Security Institute of Greece (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) all the information and supporting documents which it possesses and which are or may be relevant to this application.

Υπογραφή αιτούντα(ούσας) / Applicant's signature

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης / Date of the application
 (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)

8. Υπογραφή ενός μάρτυρα [εάν ο/η αιτών (ούσα) υπογράψει με σταυρό (X)]
Signature of a witness [if the applicant signs with a mark (X)]

Υπογραφή του μάρτυρα:

Signature of witness:

Διεύθυνση κατοικίας του μάρτυρα: ⁽⁴⁾

Address of witness:

Να συμπληρωθεί από τον αρμόδιο канаδικό Οργανισμό
To be completed by the Canadian competent Institution

Η αίτηση παραλήφθηκε στις/The application was received on
 (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)

Ημερομηνία /Date:
 (ημέρα/μήνας/έτος-day/month/year)

Υπογραφή/Signature

Συνημμένα δικαιολογητικά /Documents attached:

Σφραγίδα
Stamp

Οδηγίες /Instructions

(1)	Σε περίπτωση παντρεμένης γυναίκας ή χήρας αναγράφεται το γένος. In case of a married woman or widow, the maiden name is to be stated.
(2)	Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά βιβλιάρια του/της ασφαλισμένου(νης) πρέπει να επισυναφθούν. All original insurance books of the contributor must be attached.
(3)	Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, ο ΑΦΜ και ο ΑΜΚΑ είναι απαραίτητοι για την πληρωμή της σύνταξης. Σε περίπτωση που τα στοιχεία αυτά δεν υπάρχουν, μπορείτε να ενημερωθείτε : Για τον ΑΦΜ από την Δ.Ο.Υ. Κατοίκων Εξωτερικού - Μετσόβου 4, 106 82 - Αθήνα, τηλ. +30-210-82.04.606, +30-210-82.04.648-9, φαξ +30-210-82.04.653, e-mail: doykatex@1850.syzefxis.gov.gr . Για τον ΑΜΚΑ στα : www.amka.gr , https://apps.ika.gr/eAMAIidentificationAbroad/faces/check.xhtml , http://www.ika.gr/gr/infopages/amka.cfm . <i>Καμία πληρωμή δεν πραγματοποιείται χωρίς αυτούς τους αριθμούς.</i> According to the Greek legislation, AFM and AMKA are necessary for the pension payment. In case these numbers are not available, please refer to the following Services. For AFM: DOY Katoikon Exoterikou (Tax Office for Persons Living Abroad) – Metsovou 4, GR 106 82– Athens, tel. +30-210-82.04.606, +30-210-82.04.648-9, fax +30-210-82.04.653, e-mail: doykatex@1850.syzefxis.gov.gr . For AMKA to: www.amka.gr , https://apps.ika.gr/eAMAIidentificationAbroad/faces/check.xhtml , http://www.ika.gr/gr/infopages/amka.cfm . <i>No payment can be made without these numbers.</i>
(4)	Οδός και αριθμός, πόλη ή χωριό, επαρχία, ταχυδρομικός κώδικας, χώρα Street and number, city or town, province, postal code, country.
(5)	Για τον/την σύζυγο απαιτείται Ληξιαρχική Πράξη Γάμου εφόσον αυτός/αυτή δεν εργάζεται/δεν συνταξιοδοτείται. A marriage certificate is required if the spouse does not work/does not receive a pension.
(6)	Σε περίπτωση που ο/η σύζυγος στο μέλλον αναλάβει εργασία ή συνταξιοδοτηθεί, ο/η συνταξιούχος έχει την υποχρέωση να ενημερώσει τον αρμόδιο ελληνικό ασφαλιστικό Οργανισμό. In case the spouse starts working or retires in the future, the pensioner is obliged to inform the competent Greek insurance Institution accordingly.
(7)	Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία απαιτείται Πιστοποιητικό γέννησης για παιδιά νόμιμα, νομιμοποιηθέντα, υιοθετημένα, προγονούς και ορφανούς εγγονούς στις εξής περιπτώσεις : ➤ Έως την ηλικία των 18, εάν τα παιδιά δεν εργάζονται και δεν συνταξιοδοτούνται. ➤ Μεταξύ 18 και 24 ετών, εάν σπουδάζουν σε Πανεπιστήμιο ή ανώτερη Σχολή, αλλά σ' αυτή την περίπτωση απαιτείται επίσης Βεβαίωση Σπουδών του Πανεπιστημίου ή της Σχολής. ➤ Χωρίς όριο ηλικίας, εάν τα παιδιά είναι ανάπηρα. A birth certificate is required under Greek legislation for legitimate, legitimated and adopted children, step-children and orphaned grandchildren in the following cases: ➤ Under the age of 18, if the children do not work and are not receiving a pension. ➤ Between ages 18 and 24 if the children are attending University or a School of higher education (in which case a certificate from the University or School is also required). ➤ Without age-limit if the children are disabled.
(8)	Σε περίπτωση παιδιών από διαφορετικούς γάμους. In case of children from different marriages.
(9)	Συμπληρώνεται <i>μόνο</i> σε περίπτωση που τα πρωτότυπα ασφαλιστικά βιβλιάρια δεν υπάρχουν/έχουν χαθεί. To be completed <i>only</i> in case the original insurance booklets are not available/have been lost.
(10)	Να επισυναφθεί φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας ή Βεβαίωση της Τράπεζας με το πλήρες ονοματεπώνυμο του/της αιτούντος-ούσας και τον τραπεζικό του/της λογαριασμό. Σε περίπτωση κοινού λογαριασμού, ο/η αιτών-ούσα πρέπει να αναφέρεται πρώτος (κύριος δικαιούχος). A copy of the first page of the bank book or confirmation of the bank, showing applicant's full name as well as his/her bank account number must be attached. In case of a joint account, the applicant's name must be stated first (principal recipient).

Canada / Greece Agreement

Documents and/or information required to support your application [CDN-GR 1] for a Greek Old Age and/or Invalidity Pension

Complete the attached forms:

- **Canadian Residence** [SC ISP5013]
- **Annex B** (only if you contributed to the OGA pension scheme)
- **Solemn Declaration Concerning Loss of Insurance Book** (only if you contributed to a Greek pension scheme other than OGA and if original Greek insurance books are not available)
- **Medical Report** (only if you are applying for a Greek Invalidity pension and if you have never applied for a Canada Pension Plan Disability benefit)

Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate for you, your spouse and any dependent children
- Marriage certificate, if applicable
- Decree or judgement of divorce, if applicable
- Proof of current citizenship for you, your spouse and any dependent children (for assistance regarding Canadian Citizenship, please contact your local Registrar of Canadian Citizenship)
- Proof of the dates of your entry(ies) to Canada and departure(s) from Canada (such as: Immigration 1000, passport, visa, ship or airline tickets, etc.) (only if you are applying for a Greek Old Age pension)
- Letter from school certifying attendance for children aged 18-24, if applicable
- All relevant documents in support of your employment history
- Document showing your full name and bank account number (such as: first page of bank book or confirmation from the bank) (in case of a joint account, your name must be stated as the joint account holder).

Original documents to be submitted:

- Greek insurance books or cards (only if you contributed to a Greek pension scheme other than OGA; if original insurance books or cards are not available, you must complete the *Solemn Declaration Concerning Loss of Insurance Book*)

Canada / Greece Agreement

Documents and/or information required to support your application [CDN-GR 1] for a Greek Old Age and/or Invalidity Pension

Copies of the following documents must be submitted if you are completing *Annex B*:

- Your Personal Identity Card issued by the police

Or

- Passport for you, your spouse or any children age 18 or younger
- Certificate of family composition (only for those insured whose vital statistics are recorded in Canada)

Information to be provided:

- Greek tax registration number (AFM)
- Greek Social Security Identification Number (AMKA)

IMPORTANT: If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.



CANADIAN RESIDENCE

Canadian Social Insurance Number: _____

☐ Mr. ☐ Mrs.

☐ Ms. ☐ Miss

Given Name and Initial

Family Name

The following information is required to support your application for benefits under a social security agreement. If required, please provide additional information on a separate sheet of paper.

1. If you were born outside of Canada, please provide us with the following information:

Date of arrival in Canada (YYYY-MM-DD): _____

Place of arrival in Canada: _____

2. List all the places where you have lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all your entries and departures (Permanent Resident card, Record of Landing (IMM 1000), complete passport, airline tickets, etc.):

From YYYY-MM-DD	To YYYY-MM-DD	City	Province/Territory

3. List all absences from Canada, which were longer than six months, during your Canadian residence listed in number 2 above:

Departure YYYY-MM-DD	Return YYYY-MM-DD	Destination	Reason

Canadian Social Insurance Number: _____

PROTECTED B (when completed)

4. Please give us the names, addresses and telephone numbers of at least two people, not related to you by blood or marriage, who can confirm your Canadian residence:

Name	Address	City	Telephone Number

DECLARATION OF APPLICANT

I declare that this information is true and complete.

NOTE: If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

Signature

Date (YYYY-MM-DD)

X _____

Telephone number

Surname:
 Given Name:
 Father's Name:
 Mother's Name:
 Maiden Name (in case of married woman or widow):

To:
 OGA [The Greek Agricultural Insurance Organization]
 Head Office
 Service H' - Public and International Relations
 Section H3 - International Relations
 Patission 30
 GR - 101 70 Athens
 GREECE

SOLEMN DECLARATION

I solemnly declare the following:

1. Place of employment in Greece (farmer, livestock farmer, etc.)
 City or Municipality County Prefecture

2. Time of employment in Greece (as a farmer, livestock farmer, etc.)
 fromto
3. Period of military service
 from..... to
4. Periods of absence in Canada
 fromto
5. Insurance coverage in another Greek Insurance Institution (IKA, TEBE, etc.)
 from to
 Competent Branch: File N°: A.M.
6. Period of employment in a third country (other than Greece and Canada)
 from to
 Country:

Note

With this declaration I also submit photocopies of my Personal Identity Card, issued by the police, or of my passport, of my wife's passport and of the passport of my children aged up to 18 years, as well as a certificate of family composition. *(The family composition certificate must also be submitted, but only by those insured whose vital statistics are recorded in Canada.)*

Attached:

Date:
 Signature:

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΤΟ ΓΕΝΟΣ
(για έγγαμες-χήρες)

ΠΡΟΣ:
ΤΟΝ ΟΓΑ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ Η΄-ΔΗΜ.& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ : Η3 - Ε.Ε. ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
ΠΑΤΗΣΙΩΝ 50
101.70 - ΑΘΗΝΑ
GREECE

Α Η Λ Ω Σ Η

Σας δηλώνω υπεύθυνα τα ακόλουθα:

1. Τόπος απασχόλησης στην Ελλάδα (αγρότης, κτηνοτρόφος κ.λ.π.)
(Δήμος ή Κοινότητα - Επαρχία - Νομός)
2. Χρόνος απασχόλησης στην Ελλάδα ως αγροτης κ.λ.π από..... μέχρι...
" "
3. Χρόνος στρατιωτικής θητείας απόμέχρι
4. Διαστήματα απουσίας στον Καναδά από μέχρι.....
" "
5. Ασφάλιση σε άλλο Ελληνικό Ταμείο (π.χ.ΙΚΑ-ΤΕΒΕ κλπ) από.....
μέχρι..... αρμόδιο Υποκ/μα - Α.Μ.....
6. Χρόνος απασχόλησης σε άλλη χώρα (εκτός Ελλάδας & Καναδά) από
μέχρι.....
(αναφέρεται η τρίτη χώρα)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Με την παρούσα δήλωση συνυποβάλλω φωτοτυπίες της Ελληνικής Αστυνομικής Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου του δικού μου, του-της συζύγου μου και των παιδιών μου ηλικίας μέχρι 18 ετών καθώς και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. (Το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης συνυποβάλλεται μόνο από τους ασφαλισμένους που έχουν οικογενειακή μερίδα στ Καναδά).

Συνημμένα :

Ημερομηνία:

Ο7 Η Δηλ...



MEDICAL REPORT

SECTION A - To be completed by Applicant			
First Name and Initial		Last Name	
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box, R.R.)		City, Town or Village	
Province or Territory	Country		Postal Code
Telephone number	Date of Birth (Year Month Day)	Canadian Social Insurance Number	
SECTION B - To be completed by Physician			
Please provide factual objective opinions			
1. Height	2 a) How long have you known the patient?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Year Month	c) Date of last visit Year Month Day
Weight			
3. Diagnosis(es)			
4. Relevant/significant medical history relating to the main medical condition:			

Please write legibly

Service Canada delivers Employment and Social Development Canada
programs and services for the Government of Canada

Canadian Social Insurance Number:

5. Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?☐ Yes **If yes, please list:**☐ No

Name of the Hospital(s)/Institution(s)

The date(s) of admission

Year Month Day

The reason(s) for admission

6A. Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.

Laboratory Reports

☐ Yes ☐ No

X-ray reports

☐ Yes ☐ No

Consultants' opinions

☐ Yes ☐ No

Other

☐ Yes ☐ No

Documentation to be returned

☐ Yes ☐ No**6B. Please describe relevant physical findings and functional limitations.****Please write legibly**

Canadian Social Insurance Number:

7. Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?

☐ Yes **If yes,** please specify:

☐ No

8. Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?

☐ Yes **If yes,** please indicate dosage and frequency.

☐ No

9. Treatment: List type and response.

Please write legibly

Canadian Social Insurance Number:

FOR OFFICE USE ONLY☐

A.C.

Initials

Year

Month

Day

10. Prognosis of the main medical condition of this patient:**11. Additional Information****SIGNATURE (Please print or use a stamp)**

Physician's Full Name

Address

Postal Code

☐

Family Physician

☐

Nurse Practitioner

☐

Specialty _____

Signature

X

Year

Month

Day

Telephone No.

Please write legibly