



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ  
e-ΕΦΚΑ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΑΡ. 19**

**ΠΡΟΣ :**

**Αποδέκτες Πίνακα Α'**

**ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ**

Πληροφορίες: Ν. Κατσιμπούρης

Ταχ. Δ/ση: Σατωβριάνδου 18

104 32 Αθήνα

Τηλ: 2105285582

E-mail: d.asfalis@efka.gov.gr

**ΘΕΜΑ: «Δυνατότητα επιλογής ή προαιρετικής συνέχισης της ασφάλισης και στους δύο φορείς των ασφαλισμένων, που έως τις 31/12/2016 υπήρχε υποχρέωση ασφάλισης σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e-ΕΦΚΑ φορείς για την ίδια απασχόληση – Κοινοποίηση των διατάξεων της παρ.4 του άρθρου 23 του ν. 4892/2022».**

Σας κοινοποιούμε τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν. 4892/2022, με τις οποίες αντικαθίσταται η περ. β' της παρ 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως ισχύει και σας ενημερώνουμε για τα κάτωθι :

Α) Σύμφωνα με την περ. α της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, οι ασφαλισμένοι ανεξαρτήτως του χρόνου υπαγωγής στην ασφάλιση, για τους οποίους προέκυπτε βάσει γενικών, ειδικών ή καταστατικών διατάξεων, όπως αυτές ίσχυαν ως την έναρξη του Ν.4387/2016, για κάθε φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό που εντάχθηκε στον e – ΕΦΚΑ, υποχρεωτική ασφάλιση σε δύο ή περισσότερους φορείς, τομείς, κλάδους και λογαριασμούς για την αυτή απασχόληση, καταβάλλουν τις προβλεπόμενες στο άρθρο 38, ασφαλιστικές εισφορές.

Β) Η περ. β. της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως ισχύει μετά την αντικατάστασή του, ορίζει ότι τα πρόσωπα της περ. α' **παλαιοί ασφαλισμένοι κατά την έννοια του ν. 2084/1992**, για τους οποίους καταβάλλονταν εισφορές σε δυο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e-ΕΦΚΑ πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31.12.2016, έχουν το δικαίωμα να υποβάλλουν στον e – ΕΦΚΑ **μέχρι τις 31/12/2022**, δήλωση επιλογής φορέα και καταβολής εισφορών την οποία θα πρέπει να κοινοποιήσουν στον εργοδότη τους, με την οποία :

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

**A.** Θα μπορούν να επιλέξουν τον ενταχθέντα στον e-ΕΦΚΑ, πρώην φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό, στην ασφάλιση του οποίου **υποχρεωτικά** προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισης από 1/1/2017 και εφεξής.

Σε περίπτωση που δεν υποβληθεί δήλωση επιλογής εντός της ανωτέρω αποκλειστικής προθεσμίας, θεωρείται ότι ο ασφαλισμένος επέλεξε να συνεχίσει την ασφάλισή του στον φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό, ο οποίος δηλώθηκε στην τελευταία Αναλυτική Περιοδική Δήλωση (Α.Π.Δ.) πριν από τη λήξη της προθεσμίας υποβολής της δήλωσης επιλογής ενταχθέντα στον e-Ε.Φ.Κ.Α. πρώην φορέα, τομέα, κλάδου ή λογαριασμό.

Η επιλογή ενταχθέντα στον e-Ε.Φ.Κ.Α. πρώην φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό δεν δημιουργεί υποχρέωση επιπλέον καταβολής ή επιστροφής ασφαλιστικών εισφορών για το διάστημα μέχρι την υποβολή της δήλωσης επιλογής, ενώ **από τον επόμενο της δήλωσης επιλογής μήνα**, ο εργοδότης υποχρεούται να ασφαλίσει τον μισθωτό ή έμμισθο, σύμφωνα με τη δήλωσή του.

Η υποπερίπτωση βα) της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016 ισχύει και για εκκρεμείς αιτήσεις συνταξιοδότησης.

**B.** Θα μπορούν να επιλέξουν να συνεχίσουν προαιρετικά την ασφάλισή τους και στον δεύτερο πρώην φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό, στον οποίο υπάγονται, **καταβάλλοντας όμως οι ίδιοι επί των αποδοχών τους το συνολικό ποσοστό εισφοράς εργοδότη και ασφαλισμένου**. Η προαιρετική ασφάλιση πραγματοποιείται άπαξ, εκκινεί αναδρομικά από 1/1/2017 ή από τη στιγμή της δήλωσης καταβολής εισφορών, σύμφωνα με την επιλογή του ασφαλισμένου.

**Στην περίπτωση που γίνει επιλογή για συνέχιση προαιρετικά της ασφάλισης και στον δεύτερο πρώην φορέα, τομέα, κλάδο ή λογαριασμό, αυτή διέπεται από την έναρξή της από τους κανόνες της υποχρεωτικής ασφάλισης.**

**Η παρούσα παράγραφος εφαρμόζεται και σε παλαιούς ασφαλισμένους που διορίστηκαν στο Δημόσιο από την 1/1/1993 και εφεξής και κατέβαλλαν μέχρι 31/12/2016 δεύτερη εισφορά κατ' εφαρμογή της παρ. 4 του άρθρου 17 του ν 2084/1992.**

**Ενδεικτικά**, όσον αφορά τα υπαγόμενα στην περ. β' της παρ 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016 αναφέρουμε :

**1.** Παλιός ασφαλισμένος μηχανικός που απασχολείται με εξαρτημένη εργασία που δεν έχει συνάφεια με το επάγγελμα του, ο οποίος μέχρι 31.12.2016 κατέβαλλε εισφορές λόγω ιδιότητας στο τ. ΕΤΑΑ-ΤΣΜΕΔΕ και λόγω απασχόλησης στο τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ,

**2.** Παλιός ασφαλισμένος που απασχολείται ως μηχανικός στον ΟΤΕ, μέχρι 31.12.2016 υπαγόταν στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές στο τ. ΕΤΑΑ-ΤΣΜΕΔΕ και στο εντασσόμενο στο τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ –πρώην ΤΑΠ-ΟΤΕ.

Διανομή μέσω 'ΓΡΙΑΔΑ' με UID: 62862d292b1cccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

**ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΦΟΡΕΑ /  
ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΔΕΥΤΕΡΟ ΦΟΡΕΑ**

Οι αιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται :

- Για τους **ενεργά ασφαλισμένους** στο τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών της Τοπικής Διεύθυνσης e – ΕΦΚΑ τόπου εργασίας. Το αρμόδιο τμήμα παραλαμβάνει την σχετική αίτηση και αφού εξετάσει τις προϋποθέσεις για την υπαγωγή του ασφαλισμένου στο άρθρο 23 του Ν.4892/2022, θα εκδίδει σχετική Απόφαση η οποία θα κοινοποιείται στον αιτούντα, στον εργοδότη και στον αρμόδιο συνταξιοδοτικό φορέα.
- Για τους ασφαλισμένους που έχουν ήδη υποβάλει **αίτημα για συνταξιοδότηση**, η σχετική αίτηση θα υποβάλλεται στο αρμόδιο τμήμα Συντάξεων της Τοπικής Διεύθυνσης στην οποία έχει υποβληθεί αίτημα συνταξιοδότησης. Στην περίπτωση αυτή και για λόγους ταχείας απονομής των συντάξεων, θα γίνεται αποδεκτό το αίτημα του ασφαλισμένου προκειμένου να μην καθυστερήσει η έκδοση της Απόφασης Σύνταξης. Ταυτόχρονα θα κοινοποιείται αντίγραφο της αίτησης στο αρμόδιο τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών του τόπου εργασίας για την έκδοση της σχετικής Απόφασης, η οποία στην συνέχεια θα κοινοποιείται στην αρμόδια υπηρεσία Συντάξεων.

Παρακαλούμε με ευθύνη των Προϊστάμενων Διευθύνσεων, να λάβει γνώση το προσωπικό των υπηρεσιών αρμοδιότητάς σας.

**Ο ΑΝΑΠΛΗΤΩΤΗΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ  
ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΕΙΣΦΟΡΩΝ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ)**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
**e-ΕΦΚΑ**  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

**Οργανική Μονάδα :**  
**Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:**  
**Ταχ. Δ/νση:**  
**Ταχ. Κώδικας:**  
**Πληροφορίες:**  
**Τηλέφωνο:**  
**E-mail:**

**ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ**  
**ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν. 4892/2022**

**Επώνυμο:**

**Όνομα:**

**Όνομα Πατρός:**

**Α.Μ.Κ.Α.:**

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

**Ο Διευθυντής της τοπικής Δ/νσης .....**

**Έχοντας υπόψη:**

- 1. Τις διατάξεις της περ. α' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 2. Τις διατάξεις της περ. β' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 3.Την με αριθμ. .... αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου.**
- 4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:**

**Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο**

**και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.**

Διανομή μέσω 'ΠΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cceec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993).

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον e- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 και συγκεκριμένα :.....(οι ενταχθέντες φορείς)

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει ..... στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του.

(ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017 και εφεξής.

- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Δεχόμαστε την ..... αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από 1/1/2017 υποχρεωτικά προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του στο .....

(ενταχθέντα φορέα)

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

#### **Κοινοποίηση:**

##### **1.Στον/ην ασφαλισμένο /η**

Όνοματεπώνυμο :

ΑΜΚΑ :

Διεύθυνση:

Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίησή της.

##### **2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :**

A.M.E :

A.Φ.Μ.:

Διεύθυνση:

##### **3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
**e-ΕΦΚΑ**  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία :

**Οργανική Μονάδα :**  
**Τμήμα Ασφάλισης και Εισφορών:**  
**Ταχ. Δ/νση:**  
**Ταχ. Κώδικας:**  
**Πληροφορίες:**  
**Τηλέφωνο:**  
**E-mail:**

**ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΝΤΑΧΘΕΝΤΑ ΣΤΟΝ e-ΕΦΚΑ ΦΟΡΕΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΟΥ Ν.4892/2022.**

**Επώνυμο:**

**Όνομα:**

**Όνομα Πατρός:**

**ΑΜΚΑ:**

## **ΑΠΟΦΑΣΗ**

**Ο Διευθυντής της Τοπικής Δ/νσης .....**

**Έχοντας υπόψη:**

- 1. Τις διατάξεις της περ. α' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 2. Τις διατάξεις της περ. β' της παρ. 3 του άρθρου 36 του ν. 4387/2016, όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 23 του ν 4892/2022.**
- 3.Την με αριθμ. .... αίτηση του ανωτέρω ασφαλισμένου**
- 4.Την εισήγηση του Τμήματος Ασφάλισης – Εισφορών:**

**Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο, και σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού του βίου.**

Διανομή μέσω 'ΠΙΔΑ' με UID: 62862d292b1ccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είναι παλαιός/α ασφαλισμένος/νη (ασφαλισμένος/νη πριν την 1/1/1993)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/-νη είχε υπαχθεί στην ασφάλιση και κατέβαλλε εισφορές σε δύο ή περισσότερους ενταχθέντες στον ε- Ε.Φ.Κ.Α πρώην φορείς, τομείς, κλάδους ή λογαριασμούς έως τις 31/12/2016 και συγκεκριμένα .....

(οι ενταχθέντες φορείς)

-Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει ..... στον οποίο θα προσμετράτε ο χρόνος ασφάλισής του (ενταχθέντα φορέα) υποχρεωτικά από 1/1/2017, και εφεξής, η οποία έγινε αποδεκτή σύμφωνα με την υπ. αριθμ. απόφαση .....

- Επειδή ο/η ανωτέρω ασφαλισμένος/νη με την ..... αίτησή του/της, την οποία έχει υποβάλλει πριν τις 31/12/2022 έχει επιλέξει να ασφαλιζεται και στον δεύτερο φορέα ....., (ενταχθέντα φορέα) καταβάλλοντας ο ίδιος επί των αποδοχών του, το συνολικό ποσοστό εισφοράς εργοδότη και ασφαλισμένου.

- Επειδή ο/η ασφαλισμένος/νη προσκόμισε τα απαραίτητα δικαιολογητικά .

Δεχόμαστε την ..... αίτηση του/της ανωτέρω ασφαλισμένου/νης και από ..... (από 1/1/2017, ή από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) υπάγεται στην ασφάλιση του ....., καταβάλλοντας ο ίδιος ..... (ενταχθέντα φορέα) τις εισφορές.

**Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ**

**Κοινοποίηση :**

**1.Στον/ην ασφαλισμένο /η**

Όνοματεπώνυμο :

ΑΜΚΑ :

Διεύθυνση:

Με απόδειξη παραλαβής - Την πληροφορία ότι, κατά της παρούσας μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός τριάντα 30 ημερών από την κοινοποίησή της.

**2. Στην Επιχείρηση με την επωνυμία :**

Α.Μ.Ε :

Α.Φ.Μ.:

Διεύθυνση:

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1cccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59

### 3.Τμήμα Απονομής Συντάξεων

www.sate.gr

Διανομή μέσω 'ΙΡΙΔΑ' με UID: 62862d292b1ccec6f601d69 στις 19/05/22 14:59