

Επιθυμώ την κατάταξή μου σε ασφαλιστική κατηγορία σύμφωνα με την επιλογή μου:

Επιλέξτε ασφαλιστική κατηγορία:

Ασφ. Κατηγορία	Κλ. Σύνταξης	Κλ. Υγείας	Συνολικό Ποσό	#
1η	155,00 €	55,00 €	210,00 €	☐
2η	186,00 €	66,00 €	252,00 €	☐
3η	236,00 €	66,00 €	302,00 €	☐
4η	297,00 €	66,00 €	363,00 €	☐
5η	369,00 €	66,00 €	435,00 €	☐
6η	500,00 €	66,00 €	566,00 €	☐
Αν είστε νέος ασφαλισμένος (έως πέντε έτη ασφάλισης), μπορείτε να επιλέξετε την ειδική κατηγορία:				
Ειδική	93,00 €	33,00 €	126,00 €	☐

Με τις ασφαλιστικές εισφορές συνεισπράττονται εισφορές υπέρ του Κλάδου Ανεργίας (ΟΑΕΔ) ύψους 10€ και για τους Υγειονομικούς υπέρ της Στέγης Υγειονομικών, ύψους 2€.

Δηλώνω ότι έχω παράλληλα μισθωτή απασχόληση ☒

.Προσοχή! Το πεδίο επισημαίνεται μόνο αν είστε παράλληλα μισθωτός

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ