



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα: 25/7/2018

Α.Π. : Δ.ΕΙΣΦ.Μ./421/926711



Ενιαίος  
Φορέας  
Κοινωνικής  
Ασφάλισης

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΑΡ. : 33

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ & ΕΛΕΓΧΩΝ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΜΙΣΘΩΤΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΕΙΣΦΟΡΩΝ  
ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΠΡΟΣ:

Όλες τις Υπηρεσίες Μισθωτών  
του Ε.Φ.Κ.Α.

Ταχ. Διεύθυνση: Σατωβριάνδου 18  
104 32 Αθήνα  
Πληροφορίες: Βασιλική Οικονόμου  
Ευγενία Βλαχογιάννη  
Ελένη Σκαρτσάρη  
Αναστασία Κοσμέα  
Αριθ. τηλ.: 210 52 85 518 - 615  
210 52 85 642- 639-536  
E – mail: [d.eisf.misth@efka.gov.gr](mailto:d.eisf.misth@efka.gov.gr)

**ΘΕΜΑ: «Επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών σε δικαιούχους, εργοδότες και μισθωτούς ασφαλισμένους».**

Σας κοινοποιούμε τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν. 4488/2017 (Φ.Ε.Κ. 137/τ.Α'/13-09-2017), που αντικατέστησαν το άρθρο 104 του Ν. 4387/2016 (Φ.Ε.Κ. 85/τ. Α'/12-05-2016) από τότε που ίσχυσε, με τίτλο «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις Δημοσίου και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις, ενίσχυση της προστασίας των εργαζομένων, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες και άλλες διατάξεις» και την κατ'εξουσιοδότηση υπ' αριθμ:Δ.15/Δ'/12061/293/01-03-2018 (Φ.Ε.Κ. 773/τ.Β'/06-03-2018) Απόφαση του Υφυπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και σας παρέχουμε τις ακόλουθες οδηγίες για την εφαρμογή τους.

#### 1. ΣΥΜΨΗΦΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ ΚΑΤΑΒΛΗΘΕΙΣΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΣΤΟΝ Ε.Φ.Κ.Α.

**Ι.** Οι αχρεωστήτως καταβληθείσες εισφορές στον Ε.Φ.Κ.Α., συμψηφίζονται με τις πάσης φύσεως καθυστερούμενες οφειλές, ρυθμισμένες ή μη, των δικαιούχων προς τον Ε.Φ.Κ.Α. και τους τρίτους φορείς, για τους οποίους ο Ε.Φ.Κ.Α. συνεισπράττει εισφορές.

Ως αχρεώστητες καταβληθείσες εισφορές νοούνται, τα χρηματικά ποσά των εισφορών που καταβάλλονται στον Ε.Φ.Κ.Α. για οποιαδήποτε αιτία και για τα οποία, βάση της κείμενης νομοθεσίας, δεν προκύπτει υποχρέωση καταβολής τους. Ενδεικτικές περιπτώσεις αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών αποτελούν η καταβολή εισφορών υψηλότερων των απαιτητών ασφαλιστέων αποδοχών (πλαφόν), η υπερβάλλουσα καταβολή εισφορών πάνω από το οφειλόμενο ποσό, η μεταβολή χρόνου ασφάλισης, η υπereίσπραξη από το μέτρο της κατάσχεσης εις χείρας Τρίτων, η επιστροφή εισφορών λόγω διπλής ασφάλισης για υγειονομική περίθαλψη σε φορέα πριν την έναρξη του Ε.Φ.Κ.Α. κ.λ.π..

**Δε θεωρούνται αχρεωστήτως καταβληθείσες ασφαλιστικές εισφορές, χρηματικά ποσά που έχουν καταβληθεί σε περιπτώσεις που προκύπτει ακύρωση χρόνου, λόγω δόλιας ή εικονικής ασφάλισης. (Σχετ. 47882/10027/12-9-53 Έγγραφον Γεν. Δ/σεως Ι.Κ.Α., Άρθρο 903 Α.Κ.).**

Εφόσον μετά τη διενέργεια ελέγχου (Δηλωθέντων-Καταβληθέντων και Ουσιαστικού) και την πραγματοποίηση συμψηφισμού προκύψει πιστωτικό υπόλοιπο, αυτό επιστρέφεται **άτοκα** στους δικαιούχους.

**Κατ' εξαίρεση, το πιστωτικό υπόλοιπο επιστρέφεται εντόκως, μόνο έπειτα από αμετάκλητη απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου, από τα διαλαμβανόμενα της οποίας θα προκύπτει ρητά η έντοκη επιστροφή, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 21 του Κώδικα Νόμων περί δικών του Δημοσίου (κ.δ της 26.6/10.07.1944, Φ.Ε.Κ 139, τ.Α'), όπως ισχύουν.**

**II.** Ο συμψηφισμός ή η επιστροφή των αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών, **αφορούν** χρηματικά ποσά που έχουν καταβληθεί αχρεώστητα υπέρ της κύριας ασφάλισης και λοιπών κλάδων-παροχών του Ε.Φ.Κ.Α., καθώς και χρηματικά ποσά που συνεισπράττονται από τον Ε.Φ.Κ.Α., υπέρ **Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π., Ε.Ο.Π.Π.Υ., Ο.Α.Ε.Δ.** καθώς και οποιουδήποτε άλλου φορέα.

## 2. ΠΕΛΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Τα προβλεπόμενα στις κοινοποιούμενες διατάξεις έχουν εφαρμογή:

**A)** Σε περιπτώσεις που προκύπτει επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών σύμφωνα με τα ανωτέρω και η σχετική αξίωση έχει γεννηθεί ή θα γεννηθεί μετά την **01/01/2017.**

**B)** Σε εκκρεμείς αιτήσεις επιστροφής αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών που έχουν υποβληθεί μέχρι **31/12/2016, εξαιρουμένου του Δημοσίου** και βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο της διοικητικής διαδικασίας.

### 3. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΜΙΣΘΩΤΩΝ Ε.Φ.Κ.Α.

Για την επιστροφή των αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών απαιτείται η υποβολή αίτησης (επισυναπτόμενα έντυπα) από τους δικαιούχους, εργοδότες και μισθωτούς που ασφαλίζονται μέσω Α.Π.Δ., στις αρμόδιες Υπηρεσίες Μισθωτών Ε.Φ.Κ.Α..

Μετά την υποβολή αυτής, θα πρέπει να ακολουθούνται τα κάτωθι:

- Καταχώρηση της αίτησης επιστροφής στο Ο.Π.Σ./τ. Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ..
- Πρόσκληση στον εργοδότη για την προσκόμιση των έγγραφων στοιχείων απασχόλησης, αυτεπάγγελτη αναζήτηση αυτών, όπου είναι δυνατό, μέσω της εφαρμογής «ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΕΡΓΑΝΗ» και διενέργεια ουσιαστικού ελέγχου έως την τελευταία απαιτητή μισθολογική περίοδο.
- Διεκπεραίωση των εκκρεμών Καταγγελιών-Δηλώσεων απασχόλησης, έλεγχος και διεκπεραίωση των Δελτίων Ελέγχου (επιτόπιοι έλεγχοι), των εκκρεμών Δελτίων Μεταβολής Στοιχείων Ασφάλισης (**Δ.Μ.Σ.Α.**), των διαπιστώσεων πραγματικής απασχόλησης κ.λ.π..
- Διενέργεια **Ελέγχου Δηλωθέντων Καταβληθέντων (Ε.Δ.Κ.)**.
- Έκδοση αποφάσεων συμψηφισμού εφόσον προκύψει πιστωτικό υπόλοιπο.
- Έκδοση Απόφασης Επιστροφής (**ΑΠ.ΕΠ.**).

Επισημαίνεται ότι, στις περιπτώσεις υποβληθεισών αιτήσεων επιστροφής εισφορών που έχουν καταχωρηθεί στο **Ο.Π.Σ/τ. Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.** και έχουν εκδοθεί αποφάσεις επιστροφής ενώ εκκρεμεί η έγκρισή τους, οι αρμόδιοι υπάλληλοι των Υποκ/των Μισθωτών Ε.Φ.Κ.Α., θα πρέπει να προβούν σε οίκοθεν ακύρωση αυτών.

Στη συνέχεια το σύνολο των εκκρεμών αιτήσεων επιστροφής, τόσο αυτών που ακυρώθηκαν όσο και αυτών που δεν καταχωρήθηκαν στο **Ο.Π.Σ/τ. Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.**, θα διεκπεραιωθεί σύμφωνα με τα ανωτέρω οριζόμενα.

*Ήδη σχεδιάζεται η εφαρμογή της ηλεκτρονικής υποβολής αιτήσεων επιστροφής αχρεωστήτως καταβληθεισών εισφορών από τους δικαιούχους, εργοδότες και ασφαλισμένους, που θα είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του Ε.Φ.Κ.Α..*

### 4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΨΗΦΙΣΜΟΥ Ή ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΑΧΡΕΩΣΤΗΤΩΣ ΚΑΤΑΒΛΗΘΕΙΣΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΩΝ ΟΦΕΙΛΩΝ

Εφόσον ο δικαιούχος εργοδότης έχει υπαχθεί σε καθεστώς ρύθμισης οφειλών και τηρεί τους όρους της ρύθμισης αυτής, θα ακολουθείται η ίδια ως άνω διαδικασία και στην περίπτωση που προκύπτει πιστωτικό υπόλοιπο, θα επέρχεται συμψηφισμός με τις τρέχουσες δόσεις της ρύθμισης κατά το ποσό αυτού.

17.	<b>ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (τ. Ο.Γ.Α.)</b> Πατησίων 30, 10677, Αθήνα <a href="mailto:diokisi@oga.gr">diokisi@oga.gr</a>
18.	<b>Ε.Ο.Π.Π.Υ</b> Αποστόλου Παύλου 12, 15123, Μαρούσι
19.	<b>Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π</b> Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης & Εφάπαξ Παροχών Φιλελλήνων 13-15, 10557, Αθήνα
20.	<b>Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.)</b> Εθνικής Αντιστάσεως 8, 17456, Άλιμος <a href="mailto:infoportal@oaed.gr">infoportal@oaed.gr</a>
21.	<b>Ανάδοχος Ο.Π.Σ./τ.Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.</b> Πατησίων 12, 10677, Αθήνα

[www.sate.gr](http://www.sate.gr)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος  
Φορέας  
Κοινωνικής  
Ασφάλισης

**ΠΡΟΣ :**

**Το Υποκ/μα Μισθωτών Ε.Φ.Κ.Α.**

.....

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** .../...../.....

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**  
**(Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ :** .....

.....

**Α.Μ.Ε.:**..... **Α.Φ.Μ. :** .....

**Όνομα-Επώνυμο Υπευθύνου:**.....

**Διεύθυνση Έδρας Επιχείρησης:**..... **Τ.Κ.:**.....

**Σταθερό Τηλέφωνο :**..... **Κινητό :**.....

**IBAN Επιχείρησης:**.....

**Με την παρούσα αιτούμαι την επιστροφή εισφορών χρονικής περιόδου..... λόγω :**

Μεταβολής Στοιχείων Ασφάλισης	
Καταβολής πάνω από το Πλαφόν	
Λανθασμένης καταβολής εισφορών	
Υπερείσπραξης	
Άλλο	

*(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε X στο αντίστοιχο τετράγωνο)*

.....

**....Αιτ...**

*(Σφραγίδα - Υπογραφή - Ονομ/νυμο)*

**\*Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Ενιαίος  
Φορέας  
Κοινωνικής  
Ασφάλισης

**ΠΡΟΣ :**

**Το Υποκ/μα Μισθωτών ΕΦ.Κ.Α.**

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ :** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** ...../...../.....

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**  
**(Άρθρο 15 Ν. 4488/2017)**

**Προσωπικά Στοιχεία:**

Όνοματεπώνυμο – Πατρώνυμο : .....  
.....  
Α.Μ.ΚΑ : ..... Α.Φ.Μ. : .....  
Διεύθυνση Κατοικίας: ..... Τ.Κ.:.....  
Σταθερό Τηλέφωνο :..... Κινητό:.....  
IBAN :.....

**Στοιχεία Απασχόλησης:**

Επωνυμία Εργοδότη:.....  
Α.Μ.Ε.:.....  
Α.Φ.Μ. Εργοδότη:.....

**Με την παρούσα αιτούμαι την επιστροφή εισφορών χρονικής περιόδου.....λόγω :**

Μετατροπής – Ακύρωσης Ασφάλισης	
Άλλο	

*(ανάλογα με την περίπτωση σημειώσατε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο)*

.....  
**....Αιτ...**

*(Υπογραφή - Ονομ/νυμο)*

**\*Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.**