Baleseti járadék iránti igény

Az ügyfél azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Tartózkodási helye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Telefonszáma és/vagy e-mail címe:

Képviseletre vonatkozó adatok:

Ha a kérelmet törvényes képviselőként, vagy meghatalmazottként nyújtja be, kérjük, válasszon az alábbi lehetőségek közül:*

◯ az ügyfél gondnoka vagyok ◯ meghatalmazott vagyok

Gondnokként előterjesztett kérelem esetén csatolja a képviseleti jogosultságot igazoló okiratot, ennek hiányában kérjük, közölje a gyámhivatal címét, és a gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gondnok kirendelő határozat száma:

Meghatalmazottként benyújtott kérelem esetén a meghatalmazó:*

◯ az ügyfél

◯ az ügyfél törvényes képviselője, azaz az ügyfél gondnoka

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet az ügyfél törvényes képviselője, vagy a törvényes képviselő meghatalmazottja nyújtja be.

Családi név:*

Utónév:*

Születési családi név:*

Utónév:*

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

Születési helye:*

Születési ideje:*

Ha a törvényes képviselő és az ügyfél lakó- és tartózkodási helye eltérő, a törvényes képviselő lakóhelye:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Meghatalmazott azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet meghatalmazott nyújtja be.

Családi név:*

Utónév:*

Születési családi név:*

Utónév:*

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

Születési helye:*

Születési ideje:*

Meghatalmazott esetén a közokiratban, vagy a teljes bizonyító erejű magánokiratban tett meghatalmazást csatolni kell. Ha a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, a rendelkezési azonosítót kell közölni:

Tájékoztatjuk, hogy a megadott adatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek közfeladatuk ellátása, jogszabályi kötelezettségeik teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezelik. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek adatkezeléséről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján található.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Kérjük, hogy a nyomtatvány beküldésével egyidejűleg csatolja az alább felsorolt – az egészségi állapot megállapításához szükséges – iratokat:

- **háziorvosi beutaló,** amely az egészségi állapotára, gyógykezelésére vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazza, és a munkaképesség-változás véleményezése céljából került kiállításra;

- a gyógykezelést és aktuális állapotot bemutató **kezelőorvosi szakvélemény;**

- kórházi **zárójelentés,** szakorvosi **leletek.**

I. Az igény elbírálásához szükséges adatok

Jelölje meg, hogy ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!*

◯ a lakóhely szerint illetékes
◯ a tartózkodási hely szerint illetékes

Adóazonosító jel*

Mikortól kéri az ellátás megállapítását?*

Jelenleg részesül-e táppénzben vagy baleseti táppénzben?*

◯ Igen ◯ Nem

A folyósító szerv neve: *

A folyósítás megszűnésének várható időpontja: *

Az üzemi baleset vagy a foglalkozási megbetegedés határozattal elismerésre került-e?*

◯ Igen ◯ Nem

Igen válasz esetén a baleset üzemiségét elismerő határozatot szíveskedjen csatolni.

Nem válasz esetén az üzemi balesetről szóló jegyzőkönyvet szíveskedjen csatolni.

Kezdeményezte-e az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés elismerését?*

◯ Igen ◯ Nem

Az eljáró szerv neve:

Az eljáró szerv címe:

Ország Magyarország

Irányítószám Település

Közterület neve Jellege Házszám Épület Lépcsőház Emelet Ajtó

Aláírás:**

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Okolható-e valaki az üzemi balesetért vagy a foglalkozási megbetegedésért?*

◯ Igen ◯ Nem

Az üzemi balesetért, vagy foglalkozási megbetegedésért felelős személy neve: *

Címe: *

Ország * Magyarország

Irányítószám * Település *

Közterület neve * Jellege * Házszám* Épület Lépcsőház Emelet Ajtó

Ha rendelkezik a fentieket igazoló hatósági döntéssel kérjük, szíveskedjen mellékelni!

Korábban volt-e üzemi balesete vagy foglalkozási megbetegedése?*

◯ Igen ◯ Nem

Igen válasz esetén az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés elismeréséről szóló határozatot csatolni kell.

II. Az ellátás folyósításához szükséges adatok:

Az ellátást *

◯ belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem folyósítani.

◯ postai címre kérem folyósítani.

A kérelmező a fizetési számla tulajdonosa? *

◯ Igen ◯ Nem

A kérelmezőnek a számla felett van-e rendelkezési joga? *

◯ Van ◯ Nincs

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

A törvényes képviselő a számla tulajdonosa? *

◯ Igen ◯ Nem

A törvényes képviselőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga? *

◯ Van ◯ Nincs

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

Belföldi pénzforgalmi szolgáltató neve: *

Belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla száma: *

- -

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A folyósítást melyik címre kéri: *

◯ lakóhely szerint
◯ tartózkodási hely szerint
◯ egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: , (év) (hó) (nap)

Igénylő saját kezű aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

A nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel és arab számokkal kell kitölteni. A választ a megfelelő kockába írt X-szel kell megadni.

A kérelmező aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.