Özvegyi nyugdíj iránti igény, ha az elhunyt nyugdíjban, korhatár előtti ellátásban részesült

A kérelmező azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

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, válasszon az alábbi lehetőségek közül:*

○ gondnok ○ meghatalmazott

Gondnok által előterjesztett kérelem esetén a képviseletre jogosultságot igazoló okiratot csatolni kell.

Meghatalmazott esetén a szabályszerű meghatalmazást csatolni kell.
Amennyiben a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, közölni kell a rendelkezés azonosítót:

A közölt adatokat a nyugdíjbiztosítási szerv közfeladata ellátása, jogszabályi kötelezettségei teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezeli, az erről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján megtalálható.

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

I. Az elhunyt személy adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Utolsó lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

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

II. Az elhunyt személyre vonatkozó, az igény elbíráláshoz szükséges adatok:

Az elhalálozás időpontja: *

Elhalálozás helye (ha van, kérjük, jelölje meg a kerületet is):*

Kérjük, jelölje meg, hogy az elhunyt személy milyen típusú ellátásban részesült!*

- öregségi nyugdíj
- korhatár előtti ellátás
- szolgálati járandóság
- átmeneti bányászjáradék
- táncművészeti életjáradék

Az elhunyt személy folyósítási törzsszáma: *

Az elhunyt személy a fent megjelölt ellátás megállapítását követően folytatott-e keresőtevékenységet?*

Igen Nem

Foglalkoztató megnevezése: *

Foglalkoztató címe: *

Irányítószám:* Település:*

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

Tevékenység időtartama: * -

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltse ki a P01 pótlapot!

Az elhunyt személy folytatott-e önálló tevékenységet? (kisiparos, magánkereskedő, egyéni vállalkozó, társas vállalkozás tagja, ezek segítő családtagja, vállalkozás jellegű jogviszony, egyéni gazdálkodó, szellemi szabadfoglalkozású stb.) *

◯ Igen ◯ Nem

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése: *

Vállalkozó, társas vállalkozás címe: *

Irányítószám:* Település:*

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

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: * -

Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltse ki a P02 pótlapot!

Az elhalálozás üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következménye? *

◯ Igen ◯ Nem

A baleset üzemisége vagy a foglalkozási megbetegedés jellege határozattal elismerésre került-e? *

◯ Igen ◯ Nem

A baleset üzemiségét, vagy a foglalkozási megbetegedés jellegét elismerő szerv vagy szervezet neve:

Címe:

Az elhalálozást harmadik fél okozta? *

◯ Igen ◯ Nem

Az elhalálozásért felelős neve:

Az elhalálozásért felelős címe:

Irányítószám:* Település:*

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

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

A halálesettel kapcsolatban indult-e rendőrségi, bírósági, ügyészségi eljárás? *

◯ Igen ◯ Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:* Település:*

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

Ügyszám: *

III. Az igénylőre vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok:

Az elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata:*

◯ házastárs/bejegyzett élettárs
◯ különélő házastárs/különélő bejegyzett élettárs
◯ elvált házastárs/elvált bejegyzett élettárs
◯ élettárs

A kérelmező az elhalálozás időpontjában együtt élt-e az elhunyt személlyel?*

◯ Igen ◯ Nem

A különélés kezdő időpontja:*

A kérelmező és az elhunyt bejelentett lakcíme az elhalálozás időpontjában azonos volt?*

◯ Igen ◯ Nem

Az eltérő lakcím ellenére fennállt-e az érzelmi és gazdasági életközösség a kérelmező és az elhunyt között?*

◯ Igen ◯ Nem

Kérjük, jelölje meg a lakcím eltérésének indokát!*

◯ Az elhunyt személy az elhalálozás időpontjában szociális otthonban, vagy egyéb egészségügyi intézményben tartózkodott.

◯ Egyéb

Egyéb eltérő lakcím indoka:

Az elhunyt személyt a szociális otthon vagy egyéb egészségügyi intézményben való tartózkodásának ideje alatt a kérelmező látogatta-e, ellátásáról gondoskodott-e?*

◯ Igen ◯ Nem

A szociális otthon vagy egészségügyi intézmény neve:

Címe:

Irányítószám:* Település:*

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

TAJ száma:* - - Aláírás:*

A kérelmező részesül-e az alábbi ellátások valamelyikében? Ha igen, jelölje meg!*

- öregségi nyugdíj
- korhatár előtti ellátás
- szolgálati járandóság
- táncművészeti életjáradék
- átmeneti bányászjáradék
- rokkantsági ellátás
- rehabilitációs ellátás
- nem részesül ellátásban

Folyósítási törzsszáma:*

A kérelmező részesül-e külföldről nyugellátásban? *

Igen Nem

Nevezze meg a nyugellátást folyósító országot!

Nevezze meg a nyugellátás típusát!

A kérelmező gondoskodik-e olyan gyermek ellátásáról, akinek a részére az elhunyt személy jogán árvaellátás iránti igény kerül(t) benyújtásra?*

Igen Nem

Ha rendelkezésre áll, kérjük, mellékelje a gyermek(ek) születési anyakönyvi kivonatát!

A gyermek fogyatékkal élő vagy tartósan beteg-e? *

Igen Nem

Ha rendelkezésre áll, kérjük, mellékelje a gyermek tartós betegségére, fogyatékosságára vonatkozó szakvéleményt, szakhatósági állásfoglalást, vagy orvosi igazolást!

A gyermek családi és utóneve:

Titulus:	Családi név:*	Utónév:*	Utónév(2):

Születési név:*	Utónév:*	Utónév(2):

Anyja születési családi neve:*	Utónév:*	Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Amennyiben további gyermekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltse ki a P04 pótlapot!

A kérelmező megváltozott munkaképességű? *

Igen Nem

Rendelkezik-e az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? *

Igen Nem

Ha a megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, vagy szakhatósági állásfoglalással, vagy ellátást megállapító határozattal kívánja igazolni, kérjük, mellékelje!

Az egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, mellékelje az egészségi állapotra, gyógykezelésre, rehabilitációra vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazó, a munkaképesség-változás véleményezése céljából kiállított beutalót, folyamatos gondozást, gyógykezelést és az aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, illetve a fenti körülményekkel összefüggő, további egészségügyi dokumentációt (pl. lelet, kórházi zárójelentés).

TAJ száma:* - - Aláírás:*

A házasságkötés/a bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontja:*

A házasságkötés/a bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének helye:

Az elhunyt a házasságkötés/a bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontjában a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltötte? *

Igen Nem

A kérelmező a házasságkötés/a bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontját követően 5 éven át megszakítás nélkül együtt élt-e házastársával/bejegyzett élettársával? *

Igen Nem

Az elhunyt és a kérelmező között fennállt-e korábban házasság/bejegyzett élettársi kapcsolat? *

Igen Nem

A korábbi házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontja: *

A korábbi házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének helye (ha van, kérjük, jelölje meg a kerületet is): *

Amennyiben rendelkezésre áll, kérjük mellékelje a korábbi házassági anyakönyvi kivonatot!

A házasságból, korábbi együttélésből származott-e gyermek? *

Igen Nem

A gyermek családi és utóneve

Titulus Családi név* Utónév* 2. Utónév

Születési hely* Születési idő*

Ha rendelkezésre áll, kérjük, mellékelje a gyermek születési anyakönyvi kivonatát!

Az elhunyttal a házasságkötést, bejegyzett élettársi kapcsolat létesítését megelőzően élettársként együtt élt-e?*

Igen Nem

A kérelmező kötött-e újabb házasságot/létesített-e újabb bejegyzett élettársi kapcsolatot? *

Igen Nem

Az újabb házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontja :*

Az újabb házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének helye: *

Az újabb házasság/bejegyzett élettársi kapcsolat megszűnt-e? *

Igen Nem

A kérelmező az elhunyt haláláig részesült-e házastársi tartásdíjban, vagy a bíróság részére házastársi tartásdíjat állapított-e meg? *

Igen Nem

A tartásdíjfizetési kötelezettséget előíró okiratot (pl. közjegyző által hitelesített kötelezettségvállaló nyilatkozat), bírósági határozatot csatolni kell.

Az együttélés megszakítás nélküli időtartama: -

Azonos lakóhely vagy tartózkodási hely hiányában a megszakítás nélküli élettársi együttélés igazolására, kérjük csatolja az együttélést igazoló dokumentumot.

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

A kérelmező részesült-e özvegyi nyugdíjban az együttélés időtartama alatt? *

◯ Igen ◯ Nem

Folyósítási törzsszáma:*

Az együttélésből, vagy korábbi együttélésből származott-e gyermek?

◯ Igen ◯ Nem

A gyermek családi és utóneve:

Titulus: Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Amennyiben további gyermekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltse ki a P04 pótlapot!

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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: *

- -

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:

TAJ száma:* - - Aláírás:*

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ , _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

Igénylő sajátkezű aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

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

Az igénylő TAJ számának és aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

TAJ száma:* - - Aláírás:*