

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

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:*

Házzszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Képviselőre 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 gyám, vagy gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gyám, vagy 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!

Oldalszám: 10 / 1

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:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

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 Allamkincstár honlapján található.

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 2

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

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:* Házsám:* 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:* Házsám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 3

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

Tevékenység időtartama: * -

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltsse 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:*

Házzszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: * -

Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltsse 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:*

Házzszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 4

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

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

Igen Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hátszám:*

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:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 5

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

Címe:

Írányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

öregségi nyugdíj

korhatár előtti ellátás

szolgálati járandóság

táncművészeti életjáradék

nem részesül ellátásban

átmeneti bányászjáradék

rokkantsági ellátás

rehabilitációs ellátás

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, fogyatékoságára 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 gyermekekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P04 pótlapot!

A kérelmező megváltozott munkaképességű? *

Igen

Nem

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 6

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

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).

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 elhunytal 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: *

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 7

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

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.

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 gyermekekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P04 pótlapot!

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 8

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

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:*

Írányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 9

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

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

Aláírás:**

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

Oldalszám: 10 / 10

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