

Özvegyi nyugdíj iránti igény, ha az elhunyt még nem volt nyugdíjas

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:*								
Községi neve:*	Jellege:*	Házszám:*	Épület:	Lépcsőház:	Emelet:	Ajtó:			
Tartózkodási helye:									
Irányítószám:*	Település:*								
Községi neve:*	Jellege:*	Házszám:*	Épület:	Lépcsőház:	Emelet:	Ajtó:			
Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:									

Képviselőre vonatkozó adatok:

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

☐ gondnok ☐ meghatalmazott

Gondnok által előterjesztett kérelem esetén a képviselőre 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:*	
-------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----------	----------------------

I. Az elhunyt személy adatai:

TAJ száma:*		-		-			
Titulus	Családi név:*	Utónév:*	Utónév(2):				
Születési név:*	Utónév:*	Utónév(2):					
Előző név:*	Utónév:*	Utónév(2):					
Anyja születési családi neve:*	Utónév:*	Utónév(2):					
Születési helye:*		Születési ideje:*					
Utolsó lakóhelye:*							
Ország:*							
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):*

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:

TAJ száma:*		-		-		Aláírás:*	
-------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----------	----------------------

Az elhalálozásért felelős címe:

Ország:*

Irányítószám:

Település:

Községi terület neve:

Jellege:

Házszám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

☐ Igen

☐ Nem

Az eljáró szerv neve:*

Az eljáró szerv címe:*

Ország:*

Irányítószám:*

Település:*

Községi terület neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám:*

Az elhunyt személynek az elhalálozás időpontjában 2010. október 1. előtt létesített magánnyugdíj-pénztár tagsága fennállt-e?*

☐ Igen

☐ Nem

A magánnyugdíj-pénztár neve:*

A magánnyugdíj-pénztár címe:

Irányítószám:

Település:

Községi terület neve:

Jellege:

Házszám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A jogszerezőnek a a magánnyugdíjpénztárban az egyéni számláján lévő összeg Nyugdíjbiztosítási Alap részére történő utalását*

☐ Kértem

☐ Nem kértem

Állapítottak-e meg az elhunyt részére folyósítás nélkül megállapított, vagy rögzített szolgálati nyugdíjat?*

☐ Igen

☐ Nem

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 3

A folyósítás nélküli megállapítás vagy a rögzítés megállapításának időpontja(i) és a megállapító fegyveres szerv neve(i):

1.		
2.		
3.		
4.		

III. Az elhunyt személy szolgálati idejére vonatkozó adatok, melyek nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv által határozattal vagy egyéb igazolással korábban nem kerültek elismerésre:

Foglalkoztató megnevezése:

A foglalkoztató címe:

Irányítószám:

Település:

----------------------	----------------------

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tevékenység időtartama:

	-	
----------------------	---	----------------------

Munkakör:

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltse ki a P01 számú 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:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama:

	-	
----------------------	---	----------------------

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

TAJ száma:*

	-		-	
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 4

Kíván-e egyéb időszakot [pl.: ápolási díj folyósításának időtartama, munkanélküli ellátás folyósításának időtartama, megállapodás kötés időtartama, nappali tagozaton folytatott felsőfokú tanulmányok időtartama, katona idő, stb.] az elhunyt személy szolgálati idejeként elismertetni?*

☐ Igen ☐ Nem

Egyéb időszak megnevezése:*

Időtartama:* -

Amennyiben több időszakot kíván elismertetni, kérjük az egyéb megjegyzés rovatban megadni!

Kíván-e az elhunyt személy által biztosításban nem töltött időket [pl.: háztartásbeli, saját föld megművelése, fizetés nélküli szabadság (ennek okát is fel kell tüntetni), egyéb] megadni?*

☐ Igen ☐ Nem

A biztosítással nem fedezett időszak megnevezése (fizetés nélküli szabadság esetén ennek oka):*

Időtartama:* -

Amennyiben több biztosítással nem fedezett időszakot kíván elismertetni, kérjük az egyéb megjegyzés rovatban megadni!

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

Kérjük, válassza ki, ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!*

☐ lakóhely szerint illetékes ☐ tartózkodási hely szerint illetékes

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:

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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:*

Községi terület neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

☐ öregségi nyugdíj

☐ átmeneti bányászjáradék

☐ korhatár előtti ellátás

☐ rokkantsági ellátás

☐ szolgálati járandóság

☐ rehabilitációs ellátás

☐ táncművészeti életjáradék

☐ a felsorolt ellátásokban nem részesülök

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 eltartásáról, akinek a részére az elhunyt személy jogán árvaellátás iránti igény kerül(t) benyújtásra?*

☐ Igen ☐ Nem

Titulus: Gyermek családi neve:*

Utónév:*

Utónév(2):

Születési helye:*

Születési ideje:*

Az árvaellátás törzsszáma:

A gyermek fogyatékkal élő vagy tartósan beteg-e?*

☐ Igen

☐ Nem

Titulus: Gyermek családi neve:*

Utónév:*

Utónév(2):

Születési helye:*

Születési ideje:*

Az árvaellátás törzsszáma:

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 kérelmező megváltozott munkaképességű?*

☐ Igen

☐ Nem

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 6

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

☐ Igen ☐ Nem

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

Az egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, csatolja 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:

Amennyiben rendelkezésre áll, kérjük mellékelje a házassági/bejegyzett élettársi anyakönyvi kivonatot.

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

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 mellékelnie kell.

Az alábbi kérdésekre csak akkor kell válaszolnia, ha élettárs jogán igényli az ellátást.

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

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 7

Titulus: Gyermekek családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Titulus: Gyermekek családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

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

V. Az ellátás folyósításához szükséges adatok

Az ellátást*

- ☐ postai címre kérem folyósítani.
☐ belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem folyósítani

A folyósítást melyik címre kéri?*

- ☐ lakóhely szerint
☐ tartózkodási hely szerint
☐ egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:*

Irányítószám:* Település:*

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

A kérelmező a számla tulajdonosa?* ☐ Igen ☐ Nem
A kérelmezőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga?* ☐ Van ☐ Nincs

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

Pénzforgalmi szolgáltató neve:*

Kérelmező belföldi pénzforgalmi szolgáltatójánál vezetett fizetési számlájának a száma: *
 - -

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:*