

헝가리급여청구서

IGÉNYBEJELENTŐ LAP MAGYARORSZÁGI NYUGDÍJ MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

헝가리 연금급여를 청구하는 한국 거주 청구자를 위한 설명

서식은 한국에 거주하는 청구인이 작성해야 합니다. 가입자가 각 계약당사국의 법령에 종속되고, 가입기간을 인정받는다면, 한국의 권한있는 당국이 헝가리의 권한있는 당국에 이 서식을 보내야 할 것입니다. 헝가리가입기간과 관련된 서류가 동봉되어야 합니다. 이 청구서가 정확하게 기재되지 않는 경우, 청구자의 청구 절차가 지연될 수 있습니다. 가입자의 개인정보는 대문자로 작성되어야 합니다. 모든 문항에 대하여 완전한 답변이 되어야 하고, 해당 항목에 "X"로 표시해야 합니다. 청구하는 급여와 관련된 해당 항목들을 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

Fontos útmutatás a Koreában lakó, magyarországi nyugdíjat kérelmező számára⁽¹⁾

Ezt a nyomtatványt a koreai lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező igénylőnek kell kitöltenie és az koreai illetékes intézmény küldi meg a magyar illetékes intézmény részére, ha az igénylő az egyik, vagy mindkét Szerződő Állam jogszabályainak hatálya alá tartozott, és ezek területén az Egyezmény alapján beszámítható szolgálati időt szerzett. Az igénybejelentő laphoz célszerű mellékelni a magyarországi biztosítási múltra vonatkozó dokumentumokat. E nyomtatvány pontatlan, hiányos kitöltése az igényelbírálást hátráltatja. A személyi adatokat nagybetűvel kell feltüntetni, a kérdésekre a megfelelő adatok beírásával, illetőleg a megfelelő válasz „X” jelzéssel való megjelölésével kell válaszolni. Kérjük, hogy **csak** azokat a pontokat töltsse ki **hiánytalanul**, amelyek azokra az ellátásokra vonatkoznak, amelyeket Ön kérelmez!

1.	청구급여		
	Igényelt magyar nyugellátás		
	☐ 노령연금 / öregségi nyugdíj	해당 항목 / kitöltendő pontok:	1; 2; 3; 7; 8; 9;
	☐ 배우자(홀아비, 미망인) 유족연금 / özvegyi nyugdíj	해당 항목 / kitöltendő pontok:	1; 2; 3; 4; 6; 7; 8; 9
	☐ 고아급여 / árvaellátás	해당 항목 / kitöltendő pontok:	1; 2; 3; 5; 6; 7; 8; 9
	☐ 성인(부모, 조부모)연금 / szülői nyugdíj	해당 항목 / kitöltendő pontok:	1; 2; 3; 4; 6; 7; 8; 9

2.	가입자	
	A biztosított személyre vonatkozó információ	
2.1	성 (이전 성 또는 이전에 사용했던 성 포함) családi név, születéskori név, előző nevek:	_____
2.2	이름/ utónév:	_____
2.3	생년월일 / születési idő:	_____ (É/연-H/월-N/일)
2.4	출생장소 / születési hely:	_____
2.5	어머니 결혼 전 성 / édesanyja születéskori neve:	_____
2.6	성별 / neme ⁽¹⁾ :	☐ 남 / férfi ☐ 여 / nő
2.7	국적 / állampolgárság:	_____
2.8	주소 / lakcím ⁽²⁾ :	_____
2.9	이메일주소 / e-mail címe:	_____

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

2.10	헝가리사회보험번호 (TAJ) / magyar biztosítási szám (TAJ):	___ - ___ - ___
2.11	한국 국민연금번호 / koreai nemzeti nyugdíjszám:	_____ - _____

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

3.	공통 작성 Minden esetben kitöltendő	
3.1	귀하는 헝가리 또는 다른 나라로부터 연금, 사고 또는 실업 보험 급여를 수급하고 있습니까 Részesül-e Ön magyar vagy valamely más külföldi országból nyugdíj-, járadék-, baleseti vagy munkanélküli ellátásban?⁽¹⁾ 언제부터 수급중입니까? / ha igen, mikortól? 파일 또는 보험 번호 / ügyiratszám vagy biztosítási szám: 사회보장(보험)기관명 / ellátást folyósító szerv neve: 귀하는 상기 언급된 급여와 관련하여 청구 중인 급여가 있습니까? Van-e jelenleg a fent felsorolt valamely ellátás vonatkozásában elbírálás folyamatban? 사회보장(보험)기관명 / ha igen, igényt elbíráló szerv neve: 파일 또는 보험 번호 / ügyiratszám vagy biztosítási szám:	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem _____ (É/연-H/월-N/일) _____ _____ ☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem _____ _____
3.2	귀하는 현재 의료 급여를 지급 받고 있습니까? Részesül jelenleg táppénzben? 지급받는다면 언제부터입니까? / ha igen, mikortól? 언제까지? / várhatóan meddig?	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem _____ (É/연-H/월-N/일) _____ (É/연-H/월-N/일)
3.3	저는 급여지급결정이 다음일부터 이루어지기를 희망합니다 Az ellátás megállapítását mikortól kéri:	_____ (É/연-H/월-N/일)

4.	미망인 (홀아비) 연금 및 성인 연금 청구시 작성 Özvegyi és szülői nyugdíjra irányuló kérelem esetén kitöltendő	
4.1	성 (이전 성 또는 이전에 사용했던 성 포함) családi név, születéskori név, előző nevek:	_____
4.2	이름/ utónév:	_____
4.3	생년월일 / születési idő:	_____ (É/연-H/월-N/일)
4.4	출생장소 / születési hely:	_____
4.5	어머니 결혼 전 성 / édesanyja születéskori neve:	_____
4.6	성별 / neme ⁽¹⁾ :	☐ 남 / férfi ☐ 여 / nő
4.7	국적 / állampolgárság:	_____
4.8	주소 / lakcím ⁽²⁾ :	_____
4.9	이메일주소 / e-mail címe:	_____
4.10	헝가리사회보험번호 (TAJ) / magyar biztosítási szám (TAJ):	____-____-____
4.11	한국 국민연금번호 / koreai nemzeti nyugdíjszám:	____-____
4.12	혼인 상태 / Családi állapota az elhunytal:	☐ 동거/ élettárs ☐ 기혼/ házas ☐ 이혼 / elvált ☐ 사별 / özvegy

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

	사유발생일 / mikortól: ____ _ (É/연-H/월-N/일)
--	--

4.13	이혼한 배우자인 경우: 귀하는 법원의 판결 또는 결정으로 위자료를 받을 권리가 있습니까? (만약 그러하다면, 필요한 서류를 첨부하십시오!) Elvált házastárs esetén: Jogosult volt-e Ön bírósági ítélet, vagy egyezség alapján tartásdíjra? ⁽¹⁾ (Ha igen, kérjük mellékelje a megfelelő igazolásokat!)	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem
4.14	귀하가 (공인된) 동거자와 함께 살았다면 사망시까지 동거관계가 유지되었습니까? (관련 서류를 첨부하십시오.) Élettársi jogviszony esetén: az élettársi kapcsolat fennállt-e a halál időpontjáig (csatolja az erről szóló igazolást) ⁽¹⁾	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem
4.15	미망인(홀아비)이(가) 재혼하였습니까? Újraházasodott az özvegy? ⁽¹⁾ 그렇다면 언제? / Ha igen, mikor?	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem ____ _ (É/연-H/월-N/일)
4.16	미망인(홀아비)이(가) 장애인입니까 / Rokkant az özvegy? ⁽¹⁾	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem

5. 고아 급여 청구시 작성																																					
Árva ellátására irányuló kérelem esetén kitöltendő																																					
5.1	사망자의 자녀/ az elhunyt személy gyermeke(i): <table border="1"> <thead> <tr> <th>성명 Családi és utónév</th> <th>생년월일 Születési dátum</th> <th>가입자와의 관계⁽³⁾ Rokonsági viszony⁽³⁾</th> <th>어머니 결혼 전 성 Édesanyja születéskori neve</th> <th>비고⁽⁴⁾ Megjegyzések⁽⁴⁾</th> <th>부모 둘다 사망 (예/아니오) Mindkét szülője elhunyt? (igen / nem)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	성명 Családi és utónév	생년월일 Születési dátum	가입자와의 관계 ⁽³⁾ Rokonsági viszony ⁽³⁾	어머니 결혼 전 성 Édesanyja születéskori neve	비고 ⁽⁴⁾ Megjegyzések ⁽⁴⁾	부모 둘다 사망 (예/아니오) Mindkét szülője elhunyt? (igen / nem)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
성명 Családi és utónév	생년월일 Születési dátum	가입자와의 관계 ⁽³⁾ Rokonsági viszony ⁽³⁾	어머니 결혼 전 성 Édesanyja születéskori neve	비고 ⁽⁴⁾ Megjegyzések ⁽⁴⁾	부모 둘다 사망 (예/아니오) Mindkét szülője elhunyt? (igen / nem)																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
5.2	만약 그러한 자녀가 있다면, 해당 자녀의 다른 부모의 이름, 생년월일, 사망일을 기입하십시오 Ha mindkét szülője elhunyt, adja meg a másik szülő nevét, születési dátumát és halálának napját: <table border="1"> <thead> <tr> <th>성 Családi név</th> <th>이름 Utónév</th> <th>생년월일 Születési dátum</th> <th>사망일 Elhalálozás dátuma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	성 Családi név	이름 Utónév	생년월일 Születési dátum	사망일 Elhalálozás dátuma	_____	_____	_____	_____																												
성 Családi név	이름 Utónév	생년월일 Születési dátum	사망일 Elhalálozás dátuma																																		
_____	_____	_____	_____																																		

6.	미망인연금,고아연금,부모연금 Özvegyi nyugdíj, árvaellátás és szülői nyugdíjra irányuló kérelem esetén kitöltendő
----	---

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

6.1	가입자의 사망이 업무 수행 중 발생하거나 직업병으로 인한 것입니까 A biztosított halálát üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés idézte elő? ⁽¹⁾	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem
6.2	사망 원인 (사고나 질병으로 인한 사망)과 사망일 Az elhalálozás oka (baleset vagy természetes megbetegedés) és időpontja:	_____ ____ _ (É/연-H/월-N/일)
6.3	사망한 가입자가 헝가리 연금을 수급하였습니까 Részesült-e az elhunyt biztosított magyar nyugdíjban? ⁽¹⁾ 헝가리 연금 지급 번호 Ha igen, akkor a magyar nyugdíjfolyósítási törzsszám:	☐ 예 / Igen ☐ 아니오 / Nem ____-____-

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

7. 가입자의 근로이력에 관한 정보

Adatok az elhunyt biztosítási jogviszonyairól

모든 교육기간을 연대순으로 작성하세요.(직업훈련, 대학교, 전문대). 모든 헝가리와 한국 보험 기간, 실업급여, 질병급여, 군입대기간, 혹은 자녀양육급여기간 포함하여 필요서류를 첨부하세요.(졸업증명서, 대학교, 전문대 등록증명서, 직업훈련 증명서, 사용자증명원, 고용서류, 군입대기간증빙서류 등)

Kérjük, adjon meg időrendi sorrendben minden tanulmányi (szakmunkásképzés, főiskola, egyetem) időt, minden **magyar** és **koreai** biztosítási időt, ideértve a munkanélküli ellátásban, táppénzben, sorkatonai szolgálatban, vagy gyermeknevelési ellátásban töltött időt. Kérjük, mellékelje a meglévő dokumentumokat (iskolai bizonyítványok, egyetemi, főiskolai leckeönyvek, szakképzésről szóló igazolások, munkáltatói igazolások, munkakönyv, katonakönyv, stb.).

7.1 근로(고용) 이력 / Biztosítási idők

[illegible]

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

8.	지급정보 Folyósításra vonatkozó adatok	
헝가리연금 지급을 요구합니다 / Kérem, hogy magyar nyugdíjat folyósítsák		
8.1	☐	헝가리거주대리인 (이것에 관한 승인이 첨부되어야 함) / magyarországi meghatalmazott részére (a meghatalmazás csatolandó) 대리인 이름 / meghatalmazott neve: _____ 주소 / címe: _____ ☐ 대리인주소 / postai úton ☐ 대리인은행계좌/ bankszámlára utalással. 은행명칭 / bank neve: _____ 은행주소 / bank címe: _____ 은행계좌번호 / bankszámla száma: _____ □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □
8.2	☐	헝가리의 은행계좌 / magyarországi bankszámlámra. 은행명칭 / bank neve: _____ 은행주소 / bank címe: _____ 은행계좌번호 / bankszámla száma: _____ □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □
8.3	☐	한국의 은행계좌 / koreai bankszámlámra (상호 협정을 맺은 나라에서 운영하는 은행계좌에 지급하는 경우, 수급자가 송금수수료를 부담해야 합니다/ egyezményes államban vezetett fizetési számlára való utalás esetén, az utalás költségét az ellátásban részesülőnek kell viselnie) 은행명칭 / bank neve: _____ 은행주소 / bank címe: _____ BIC/SWIFT 코드: _____ 국은행 코드 / bankazonosító: _____ 은행계좌번호 / bankszámla száma: _____ 송금통화 / utalás devizaneme: _____ (송금희망화폐는 아래의 통화 중에서 선택하셔야 합니다 / az alábbi pénznemek közül választhat: AUD, CAD, CHF, CZK, DKK, EUR, GBP, HUF, JPY, NOK, PLN, SEK, USD)
8.4	지급주기 (급여액이 노령연금 최저액이하인 경우-법령에 의해 결정된 금액기준) Nyugdíj folyósítása (magyar öregségi nyugdíjminimum összegét el nem érő ellátás esetén): ☐ 분기/ negyedévente ☐ 반기/ fél évente ☐ 연 1 회/ évente 매월 지급되는 헝가리 노령연금 최저액 보다 많은 경우에는 연금이 매월 지급될 것입니다 / a nyugellátás havonta kerül utalásra, amennyiben mértéke meghaladja a magyar öregségi nyugdíjminimum összegét.	

9.	선언 Nyilatkozat	
본인은 위증과 금전적 책임 하에서 작성한 내용이 사실임을 선언합니다. 본인은 한국과 헝가리의 권한 있는 기관이 모든 의학적 의견과 소견을 검토하고 사용하는 데 동의합니다. 또한, 본인은 본인의 의료진이 권한 있는 기관에 본인의 건강상태에 대한 모든 정보를 제공하는 것에 대해 동의합니다. Kijelentem, hogy minden kérdést anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában válaszoltam meg. Egyetértek azzal, hogy a kérelemhez csatolt minden orvosi szakvéleménybe és orvosi leletbe az illetékes koreai, vagy magyar biztosítási teherviselő betekintsen és felhasználja ezeket. Egyetértek továbbá azzal, hogy a kezelőorvosok a biztosítási teherviselőknek minden felvilágosítást megadjanak egészségi állapotomról.		

SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY MAGYARORSZÁG ÉS A KOREAI KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT

헝가리 공화국과 대한민국 간 사회보장협정

	장소 및 일시 / Helység, dátum	청구자 서명 / Kérelmező aláírása
--	--------------------------	-----------------------------

10.	적법성 Hitelesítés	청구를 접수할 권한을 가진 이 기관은 아래 서류에 의해 청구자 개인의 정보 유효성을 확인하였습니다. (청구자의 개인 정보를 확인할 수 있는 문서의 공인 사본을 첨부해 주십시오.) Az igény átvételére jogosult szerv, az alábbi benyújtott okmány alapján ellenőrizte az igénybejelentő személyes adatainak hitelességét. (Kérjük, csatolja az igénylő személyi adatait igazoló okmányok hiteles másolatát.) 서명 / Aláírás _____ 직인 / Pecsét
-----	----------------------------------	--

서식 작성 안내 / Útmutató

- (1) 해당 네모칸에 “X” 를 표시 하십시오
X-el jelölje meg a megfelelő rubrikát.
- (2) 우편번호, 도시, 읍 또는 면, 거리, 번지, 국가
Postai irányítószám, helység, utca, házszám, ország.
- (3) 고아급여를 신청하실 경우, 해당자가 사망한 가입자의 친자녀, 배우자의 자녀, 의붓자녀, 또는 입양 자녀인지를 명확하게 표시해 주십시오
Árvaellátás igénylése esetén meg kell adni, hogy a gyermek az elhalálozott biztosított gyermeke, mostohagyermek, nevelt gyermek, vagy örökbefogadott gyermek.
- (4) 16 세 이상의 해당자를 위해 고아급여를 신청하실 경우, 귀하가 이 급여지급을 청구하는 이유를 기입하여 주십시오. 관련 증명서를 첨부해 주십시오. (중고등학교 졸업장, 의료증명서 또는 다른 관련 증명서).
Az olyan gyermekek után benyújtott árvaellátás igénylése esetén, akik 16. életévüket már betöltötték meg kell adni, hogy milyen okból kéri ezeknek az ellátásoknak a folyósítását. A megfelelő igazolásokat (iskolai igazolás, orvosi bizonyítvány vagy hasonló) mellékelni kell.