

## Árvaellátás iránti igény, ha az elhunyt nyugellátásban, korhatár előtti ellátásban nem részesült

### Az árva 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:\*  Házsám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

Tartózkodási helye:  
Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házsám:\*  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:\*

szülő  gyám  gondnok  meghatalmazott

Gyám, illetve 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:\*

## 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:\*  
Ország:\*

Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házsám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

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

Az elhalálozás időpontja: \*

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

---

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*

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: \*

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

Igen  Nem

A magánnyugdíj-pénztár neve: \*

A magánnyugdíj-pénztár címe: \*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Hátszám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A jogszerezőnek 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

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

1.

2.

3.

4.

TAJ száma:\*

-

-

Aláírás:\*

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

Foglalkoztató megnevezése: \*

Foglalkoztató címe: \*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házzám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tevékenység időtartama: \*

-

Munkakör:

*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:\*

Házzám:\*

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!*

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

Megnevezése: \*

Időtartama: \*

-

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 időszakot kíván elismertetni, kérjük az egyéb megjegyzés rovatban megadni!*

TAJ száma:\*

-

-

Aláírás:\*

#### IV. Az árvára vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok:

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

- lakóhely szerint illetékes  
 tartózkodási hely szerint illetékes

Az árva elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata: \*

- gyermeke                       saját                       örökbefogadott                       nevelt  
 testvére  
 unokája  
 dédunokája  
 ükunokája

Az elhunyt személy az árvát a saját háztartásában eltartotta? \*

- Igen                       Nem

Az árvának van-e más tartásra köteles és képes hozzátartozója? \*

- Igen                       Nem

Tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

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

Születési név:\*                      Utónév:\*                      Utónév(2):  
                                           

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

Születési helye:\*                          Születési ideje:\*   

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye: \*

Irányítószám:\*                      Település:\*  
                     

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

Az árva oktatási intézményben folytat-e tanulmányokat? \*

- Igen                       Nem

*A tanulmányok folytatását – a 16. életév betöltését követően – az oktatási intézmény által kiállított igazolással szükséges bizonyítani kérjük, mellékelje az oktatási intézmény által kiállított igazolást a tanulmányok folytatásáról!*

Oktatási intézményben folytatott tanulmányok folytatása esetén jelölje meg a képzés típusát:

- általános iskolai vagy középfokú iskolai nevelés-oktatás  
 szakképzés  
 főiskolai, egyetemi képzés, felsőoktatási szakképzés  
 alapfokú művészetoktatás, kiegészítő nemzetiségi nyelvoktatás  
 gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelés-oktatás  
 felnőttképzés

TAJ száma:\*  -  -     Aláírás:\*

Tanulmányait egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend szerint végzi? \*

Igen  Nem

*Ha az árva egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend keretében folytatja tanulmányait, az engedélyezés okát az oktatási intézmény igazolásával vagy egyéb irattal (pl.: orvosi szakvélemény) kell igazolni! Kérjük, szíveskedjen mellékelni!*

Tanulói, hallgatói jogviszonya szünetel? \*

Igen  Nem

*Kérjük, mellékelje a szünetelés indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!*

A tanulói/hallgatói jogviszony befejezésének várható időpontja:\*

---

Az árva tartósan beteg, súlyosan fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű? \*

Igen  Nem

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

Igen  Nem

*Ha tartós betegségét, fogyatékoságát, megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, szakhatósági állásfoglalással, ellátást megállapító határozattal, vagy orvosi igazolással kívánja bizonyítani, 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).*

---

Az árva életben lévő szülője megváltozott munkaképességű? \*

Igen  Nem

A szülő rendelkezik 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!*

#### **A megváltozott munkaképességű szülőre vonatkozó adatok:**

TAJ száma:\*  -  -

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

Születési név:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

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

Születési helye:\*  Születési ideje:\*

---

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*

A megváltozott munkaképességű szülő lakóhelye:\*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házszám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A szülő 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).

#### 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:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házszám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Az árva (kiskorú árva esetén a törvényes képviselő) a fizetési számla tulajdonosa?\*

Igen

Nem

Az árvának (kiskorú árva esetén a törvényes képviselőnek) a 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: \*

TAJ száma:\*

Aláírás:\*

**Egyéb megjegyzés:**

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_ (hó) \_\_\_\_\_ (nap)

**Árva/kiskorú árva esetén a törvényes képviselő 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 árva TAJ számának, és az árva vagy kiskorú árva esetén a törvényes képviselő aláírásának – az erre szolgáló rovatban – a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

---

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*