

Özvegyi nyugdíj igénylése, ha az elhunyt nyugellátásban, korhatár előtti ellátásban nem 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:* Hászám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Hászám:* 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 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):

Előző 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:*

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:*

Írányítószám:

Település:

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

Igen

Nem

Az eljáró szerv neve:*

Az eljáró szerv címe:*

Ország:*

Írányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám:*

Az elhunyt létesített-e magánnyugdíjpénztári tagságot 2010. október 1-jét megelőzően?

Igen

Nem

A magánnyugdíjpénztár neve:

A magánnyugdíjpénztár címe:

Ország

Magyarország

Írányítószám

Település

Közterület neve

Jellege

Házzám

Épület

Lépcsőház

Emelet

Ajtó

Az elhunyt jogszerző elhalálozása napján fennállt-e a 2010. október 1. napját megelőzően létesített magánnyugdíjpénztári tagsága?

igen

nem

Ha az elhunyt 2010. október 1-jét megelőző időtől kezdődően magánnyugdíjpénztár tagja volt, a magánnyugdíjpénztári tagsága a kötelező nyugdíjbiztosítási rendszerbe történő visszalépéssel szűnt-e meg?

igen

nem

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 3

A magánnyugdíjpénztári tagság megszűnésének időpontja:

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

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

| | | |
|----|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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:

Házzszám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tevékenység időtartama:

 -

Munkakör:

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltsse 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:

Házzszám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

TAJ száma:*

 - -

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 4

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: -

Amennyiben több tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P02 számú 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

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

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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:*

Hákszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

öregségi nyugdíj

átmeneti bányászjáraadék

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):

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 6

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, fogyatékkosságára vonatkozó szakvéleményt, szakhatósági állásfoglalást, vagy orvosi igazolást!

Amennyiben további gyermekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltsse ki az özvegyi nyugdíjüggyekben gyermekekre vonatkozó adatok megadásához használatos (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, 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.

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 7

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

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:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzszám:*

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 szolgáltatónál vezetett fizetési számlájának a száma:*

 - -

TAJ száma:*

 - -

Aláírás:*

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

Oldalszám: 9 / 8

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:*