

## 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:\*

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:\*

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:\*

Irányítószám:

Település:

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

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:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házzám:\*

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:

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

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.	<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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tevékenység időtartama:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

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

TAJ száma:\*

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

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:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Hátszám:\*

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, fogyatékkosságára 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:\*

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:\* Házsám:\* Épület: Lépcsóház: 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:\*