Szülői nyugdíj iránti igény, ha az elhunyt nyugellátásban, korhatár előtti ellátásban nem részesült

Az ügyfél azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

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

Tartózkodási helye:*

Irányítószám:* Település:*

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

Telefonszáma és/vagy e-mail címe:

Képviseletre vonatkozó adatok:

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

◯ az ügyfél gondnoka vagyok ◯ meghatalmazott vagyok

Gondnokként előterjesztett kérelem esetén csatolja a képviseleti jogosultságot igazoló okiratot, ennek hiányában kérjük, közölje a gyámhivatal címét, és a gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gondnok kirendelő határozat száma:

Meghatalmazottként benyújtott kérelem esetén a meghatalmazó:*

◯ az ügyfél

◯ az ügyfél törvényes képviselője, azaz az ügyfél gondnoka

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet az ügyfél törvényes képviselője, vagy a törvényes képviselő meghatalmazottja nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Ha a törvényes képviselő és az ügyfél lakó- és tartózkodási helye eltérő, a törvényes képviselő lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

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

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

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

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Meghatalmazott azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet meghatalmazott nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Meghatalmazott esetén a közokiratban, vagy a teljes bizonyító erejű magánokiratban tett meghatalmazást csatolni kell. Ha a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, a rendelkezési azonosítót kell közölni:

Tájékoztatjuk, hogy a megadott adatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek közfeladatuk ellátása, jogszabályi kötelezettségeik teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezelik. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek adatkezeléséről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján található.

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

I. Az elhunyt személy adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus: Családi név:* Utónév:* 2. utónév:

Születési név:* Utónév:* 2. utónév:

Anyja születési családi neve:* Utóneve:* 2. utóneve:

Születési helye:* Születési ideje:*

Az elhunyt utolsó lakóhelye: *

Ország:* Magyarország

Irányítószám:* Település:*

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

Külföldi címadatok:*

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

Az elhalálozás időpontja: *

Az 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? *

◯ Igen ◯ Nem

A baleset üzemiségét vagy a foglalkozási megbetegedés jellegét elismerő szerv vagy szervezet neve és címe:

Név:

Cím:

Ország: Magyarország

Irányítószám: Település:

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

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Az elhalálozást harmadik fél okozta? *

◯ Igen ◯ Nem

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

◯ Igen ◯ Nem

Az elhalálozásért felelős személy neve:

Az elhalálozásért felelős személy címe:

Ország: Magyarország

Irányítószám: Település:

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

Külföldi címadatok:

Az eljáró szerv neve:*

Az eljáró szerv címe:*

Ország Magyarország

Irányítószám:* Település:*

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

Ügyszám:*

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

◯ Igen ◯ Nem

A magánnyugdíj-pénztár neve:

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A magánnyugdíj-pénztár címe:

Ország: Magyarország

Irányítószám: Település:

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

A jogszerző elhalálozása napján fennállt-e a 2010. október 1. napját megelőzően létesített magánnyugdíj-pénztári tagsága?

◯ Igen ◯ Nem

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

◯ Igen ◯ Nem

Az igénylő kérte az elhunyt elhalálozása napján fennállt, a magánnyugdíj-pénztári számláján lévő összeg Nyugdíjbiztosítási Alap részére történő átutalását?

◯ Igen ◯ Nem

A magánnyugdíj-pénztári tagság megszűnésének időpontja:

Állapítottak-e meg az elhunyt részére rögzített (folyósítás nélkül megállapított) szolgálati nyugdíjat?

◯ Igen ◯ Nem

A folyósítás nélküli megállapítás időpontja és a megállapító fegyveres szerv neve:

1.
2.
3.
4.

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

Foglalkoztató megnevezése:

Foglalkoztató címe:

Ország: Magyarország

Irányítószám: Település:

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

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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:

Ország: Magyarország

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* 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!

Kíván-e egyéb időszakot (pl. ápolási díj folyósításának időtartama, munkanélküli ellátás folyósításának időtartama, megállapodáskötés időtartama, nappali tagozaton folytatott felsőfokú tanulmányok időtartama, katonaidő, 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

Aláírás:**

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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

Időtartama:* -

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

IV. Az igénylőre vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok

Jelölje meg, hogy ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!

- ◯ a lakóhely szerint illetékes
- ◯ a tartózkodási hely szerint illetékes

Az elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata: *

- ◯ szülő
- ◯ nevelőszülő
- ◯ nagyszülő

Az ellátást nevelőszülőként igénylő személy az elhunyt gyermeket mikor tartotta el?*

-tól -ig

Az igénylő részesül-e az alábbi ellátások valamelyikében? Ha igen, jelölje meg!

- ◯ öregségi nyugdíj
- ◯ korhatár előtti ellátás
- ◯ szolgálati járandóság
- ◯ táncművészeti életjáradék
- ◯ átmeneti bányászjáradék
- ◯ rokkantsági ellátás
- ◯ rehabilitációs ellátás

Folyósítási törzsszáma:*

Az igénylő részesül-e külföldről nyugellátásban? *

◯ Igen ◯ Nem

Nevezze meg a nyugellátást folyósító országot:

Nevezze meg a nyugellátás típusát:

Aláírás:**

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Az igénylő megváltozott munkaképességű? *

◯ Igen ◯ Nem

Ha a szülői nyugdíjat megváltozott munkaképességére tekintettel kéri megállapítani, az igényhez csatolnia kell az egészségi állapot megállapításához szükséges háziorvosi beutalót, amely egészségi állapotára, gyógykezelésére vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazza és a munkaképesség-változás véleményezése céljából került kiállításra., A gyógykezelést és aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, kórházi zárójelentést, szakorvosi leleteket csak akkor kell csatolnia, ha az iratok hozzáférése az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (EESZT) korlátozott, vagy azok az EESZT-ben nem találhatók. Az orvosi iratok az eeszt.gov.hu honlapon elektronikus azonosítást követően ellenőrizhetők, az iratokhoz való hozzáférés pedig az „Önrendelkezés" menüpontban módosítható.

Az igénylőt az elhunyt a halálát közvetlenül megelőző legalább egy éven át eltartotta? *

◯ Igen ◯ Nem

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

◯ Igen ◯ Nem

A tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

TAJ száma:* - -

Titulus: Családi név:* Utónév:* 2. utónév:

Születési név:* Utónév:* 2. utónév:

Anyja születési családi neve:* Utóneve:* 2. utóneve:

Születési helye:* Születési ideje:*

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye:*

Ország:* Magyarország

Irányítószám:* Település:*

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

V. Az ellátás folyósításához szükséges adatok

Az ellátást *

◯ belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem folyósítani.

◯ postai címre kérem folyósítani.

A kérelmező a számla tulajdonosa? *

◯ Igen ◯ Nem

A kérelmezőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga? *

◯ Van ◯ Nincs

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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: *

\- -

Postai cím megjelölése esetén a folyósítást az alábbiak közül melyik címre kéri?*

◯ lakóhely szerint
◯ tartózkodási hely szerint
◯ egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:*

Ország:* Magyarország

Irányítószám:* Település:*

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

Egyéb tények, amit az elbíráló szerv számára kíván közölni:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: , (év) (hó) (nap)

Igénylő saját kezű 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.

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.