

8. पत्र व्यवहार का पता / Értesítési cím / Address for communication:

.....
.....
.....

डाक कोड / IRÁNYÍTÓSZÁM / POSTAL CODE:

9. बचत बैंक खाते के ब्यौरे / Bankszámla adatai / Details of Savings Bank Account

- (i) खाता संख्या / Számlaszám / Account Number :.....
(ii) बैंक का नाम / A bank neve / Name of the Bank:.....
(iii) शाखा का नाम / Bankfiók neve / Name of the Branch:.....
(iv) पूरा डाक पता / Teljes postai címe / Full Postal Address:.....
.....
(iv) स्विफ्ट कोड / SWIFT kód / SWIFT Code:.....

10. क्या आप स्वीकार करने के इच्छुक हैं / करना चाहते हैं (कृपया एक विकल्प पर निशान लगाएं) / Az alábbi lehetőségek közül kérjük, választása szerint jelöljön meg egyet / Are you willing to accept (Please tick one option)

- (i) एकत्रीकरण के उद्देश्य से योजना प्रमाण-पत्र /
Nyugdíjrendszer-igazolás kiadását összesítés céljából /
Scheme Certificate for the purpose of totalisation

अथवा / VAGY / OR

- (ii) प्रत्याहरण लाभ /
Felmondás esetére járó ellátást /
Withdrawal benefit

11. परिवार के ब्यौरे (पति/पत्नी तथा बच्चे और नामिति) / Családra vonatkozó részletes adatok (házastárs, gyermekek, haláleseti kedvezményezett) / Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)

नाम	जन्म तिथि	सदस्य के साथ संबंध	अवयस्क के संरक्षक का नाम
Név	születési idő	Kapcsolat a taggal	A kiskorú gyámjának neve
Name	Date of Birth	Relationship With Member	Name of guardian of minor

- (i) परिवार के सदस्य /
Családtagok /
Family Members:

- (ii) नामिति /
Haláleseti kedvezményezett /
Nominee:

12. दावा किए बिना 58 वर्ष की आयु पूर्ण करने के पश्चात् सदस्य की मृत्यु होने की दशा में /
Amennyiben a tag 58 éves kora elérése után, a kérelem kitöltése nélkül hal meg /
In case of death of member after attaining the age of 58 years without filing the claim:

- (i) सदस्य की मृत्यु की तारीख / A tag halálának időpontja: / Date of death of the member:
(ii) दावाकर्त्ताओं के नाम / और सदस्य के साथ संबंध / az igénylő(k) neve és a taggal való kapcsolat
Name of the Claimant(s) / and relationship with the member:

13. क्या आप कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अंतर्गत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं? /
Részeseül-e ön jelenleg nyugellátásban az EPS 1995 alapján? /
Are you availing pension under EPS, 1995 ?

यदि ऐसा है तो बताएं : पेंशन आदेश सं० _____ किसके द्वारा जारी _____ /

Ha igen, kérjük feltüntetni a kifizetési sorszámát: _____ és kiállítóját: _____ /

If so indicate Pension Payment Order No. _____ By Whom Issued _____

14. मैं घोषित करता / करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही हैं तथा मैं एकत्रीकरण के बाद भी मासिक पेंशन के लिए पात्र नहीं हूँ /
Kijelentem, hogy a fenti adatok legjobb tudomásom szerint a valóságnak megfelelnek, továbbá kijelentem, hogy havi rendszerességű nyugellátásra az összesítést követően sem vagyok jogosult. /
I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge, and that I am not eligible for monthly pension even after totalisation.

स्थान / Helység / Place:

दिनांक / Dátum / Date:

दावाकर्त्ता के हस्ताक्षर / Igénylő aláírása /
Signature of the Claimant

15. सक्षम हंगेरी एजेंसी / Magyarországi illetékes intézmény / Competent Hungarian Agency

नाम / Név / Name:

.....
.....

पता / Cím / Address:

.....
.....

एतद्वारा प्रमाणित किया जाता है कि दावाकर्त्ता से संबंधित व्यक्तिगत सूचना सही है तथा दावा दिनांक को जमा किया गया था / Igazoljuk, hogy az igénylő személyi adatai helyesek és az igénybejelentő lap az alábbi időpontban került benyújtásra / It is hereby certified that the personal information concerning the claimant is correct and that the claim was submitted on :

□□ / □□ / □□□□

(दिनNNDD / माहHHMM / वर्षÉÉÉÉYYYY)

फाइल संख्या / Ügyiratszám / File No.:

दिनांक / Dátum / Date:

.....

मोहर / Bélyegző /
Stamp

हस्ताक्षर / Aláírás / Signature