

एन. आर. डॉजियर / ÜGYIRATSZÁM / NR. DOSSIER :

भारत गणराज्य एवं हंगरी गणराज्य के मध्य सामाजिक सुरक्षा करारनामा /
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGI EGYEZMÉNY AZ INDAI KÖZTÁRSASÁG ÉS A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KÖZÖTT /
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE REPUBLIC OF INDIA AND HUNGARYभारत में सेवानिवृत्ति अथवा उत्तरजीवी अथवा संपूर्ण अशक्तता पेंशन हेतु आवेदन /
IGÉNYBEJELENTŐ LAP INDAI ÖREGSÉGI, HOZZÁTARTOZÓI VAGY TELJES ÁLLANDÓ ROKKANTSÁGI
NYUGDÍJHOZ
APPLICATION FOR AN INDIAN RETIREMENT OR SURVIVOR OR
TOTAL PERMANENT DISABILITY PENSION

(F-10D)

(1) पेंशन का दावा किसके द्वारा किया गया है? / A nyugellátást igényli / By Whom the Pension is claimed?

सदस्य / Tag / Member उत्तरजीवी / Túlélő hozzátartozó / Survivor नामिति / Halálesi kedvezményezett/
Nominee

(2) दावा की गई पेंशन का प्रकार / Az igényelt nyugellátás típusa / Type of Pension claimed.

सेवानिवृत्ति पेंशन / öregségi nyugdíj / Retirement Pension उत्तरजीवी पेंशन / Hozzátartozói nyugdíj / Survivor Pension अशक्तता पेंशन / Rokkantsági nyugdíj / Disability Pension

(3) दावाकर्ता का विवरण / Az igénylő részletes adatai / Particulars of the claimant

(i) नाम / Név / Name

प्रथम नाम / Utónév / First Name	
मध्य नाम / Középső név / Middle Name	
उपनाम / Vezetéknév / Surname	

(ii) पिता / पति का नाम / Az igénylő apjának vagy férjének neve / Father's/ Husband's Name:

(iii) लिंग / Neme / Gender : पुरुष / Férfi / Ma महिला / Nő / Fema

(iv) जन्म तिथि / Születési idő / Date of Birth

--	--	--	--	--	--	--	--

(दिन NNDD / माह HHMM / वर्ष ÉÉÉÉÉYYYY)

आयु / Kora / Age:

(v) वैवाहिक स्थिति (विवाहित, अविवाहित, विधवा अथवा विधुर) / Családi állapot (házas, egyedülálló, özvegyasszony, özvegyember) / Marital Status (Whether married, unmarried, widow or widower)

विवाहित / Házás / Married	<input type="checkbox"/>	अविवाहित / Egyedülálló / Unmarried	<input type="checkbox"/>	विधवा / Özvegyasszony / Widow	<input type="checkbox"/>	विधुर / Özvegyember / Widower	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

(4) पंजीकरण संख्या / Azonosító szám / Registration Number:

भारतीय सामाजिक सुरक्षा संख्या / indiai biztosítási szám / Indian Social Security Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

हंगेरी सामाजिक सुरक्षा संख्या / magyarországi biztosítási szám (TAJ) / Hungarian Social Security Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(5) भारत में उस स्थापना का नाम एवं पता जिसमें सदस्य अंतिम रूप से कार्यरत था / A tag utolsó indiai munkáltatójának neve, címe / Name & Address of the establishment in which the member was last employed in India

.....

..... डाक कोड / IRÁNYÍTÓSZÁM / POSTAL CODE: भारत /
INDIA.(6) नौकरी छोड़ने की तिथि / Foglalkoztatás megszűnése / Date of leaving employment / /

(दिन NNDD / माह HHMM / वर्ष ÉÉÉÉÉYYYY)

(7) नौकरी छोड़ने का कारण / Foglalkoztatás megszűnésének oka / Reason for leaving employment :

.....

(8) पत्राचार का पता / Értesítési cím / Address for communication :

..... डाक कोड/ IRÁNYÍTÓSZÁM / POSTAL CODE :

(9) परिवार का विवरण / Részletes családi adatok / Particulars of Family:

क्र.सं./ Sorszám/ S.No.	नाम / Név / Name	जन्म तिथि/ Születési idő/ Date of Birth (दिन/माह /वर्ष) (NN/HH/ÉÉÉÉ) (DD/MM/YYYY)	सदस्य के साथ संबंध/ Kapcsolata a taggal/ Relationship with Member	अवयस्क के मामले में/In case of Minor	
				संरक्षक का नाम/ Gyám/gondnok neve / Guardian's Name	संरक्षक का सदस्य के साथ संबंध/ A gyám/gondnok taghoz való viszonya / Guardian's Relationship with Member
1					
2					
3					
4					

नोट : यदि कोई बालक शारीरिक रूप से विकलांग है , तो कृपया नाम के नीचे अशक्त लिखें / Megjegyzés: amennyiben valamelyik gyermek testi fogyatékos, kérjük ezt a név alatt a „DISABLED” kifejezéssel jelezni. / Note: If any child is physically handicapped, please indicate “DISABLED” below the name.

(10) सदस्य की मृत्यु की तिथि (यदि लागू है) / (elhalálozás esetén) A tag halálának időpontja / Date of death of Member (if applicable):

□□ / □□ / □□□□
(दिनDDNN/माहHHMM/वर्षÉÉÉÉYYYY)

(11) जिस बचत खाते में राशि जमा की जानी है, उसका विवरण /
Bankszámla adatok az ellátás összegének utalásához /
Details of Savings Bank Account to which the amount is to be credited

क्र.सं./ Sorszám/ S.No.	दावाकर्त्ता (ओं) का नाम / Igénylő(k) neve Name of the Claimant(s)	बचत खाता संख्या / Bankszámla száma / Saving Bank Account No. (SWIFT)	बैंक का नाम, पता एवं कोड / A bank neve, irányítószáma, címe / Name of the Bank, Code and Address
1.			
2.			
3.			
4.			

(12) यदि नामिति द्वारा दावा प्राप्त किया जाना है तो उसका/ Ha az igényt a haláleseti kedvezményezett nyújtja be, az alábbi adatokat kérjük feltüntetni / If the claim is preferred by nominee, indicate his/her

(i) नाम / Név / Name

प्रथम नाम / Utónév / First Name	
मध्य नाम / Középső név / Middle Name	
उपनाम / Vezetéknév / Surname	

(ii) मृतक सदस्य के साथ संबंध Az elhunyt taggal való kapcsolata /

Relationship with the deceased Member:

(13) (क) क्या दावाकर्त्ता पहले से ही क.पें.यो. 1995 के अंतर्गत पेंशन प्राप्त कर रहा / रही है ? /
Az igénylő már részesül nyugellátásban at EPS 1995 alapján? /
Is the claimant already drawing Pension under E.P.S., 1995?

हाँ/Yes

नहीं/No

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

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

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

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मुझे यह भी ज्ञात है कि पेंशन की गलत राशि प्राप्त होने पर उसकी वसूली की जाएगी। पुनः, मैं कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अंतर्गत वांछित जानकारी को आवधिक रूप से कर्मचारी भविष्य निधि संगठन को अधिसूचित करने का वचन देता हूँ /

Kijelentem, hogy a fenti adatok legjobb tudomásom szerint a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a nyugellátás összegének jogtalan felvétele megtérítésre kerül, továbbá, vállalom minden időszakos bejelentési kötelezettség teljesítését, amelyet az Alkalmazottak Nyugdíjrendszere, 1995 alapján az Alkalmazottak Védelmi Alapjának Szervezete megkövetel. /

Certified that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge. I also understand that pension amounts wrongly received will be recovered. Further, I undertake to notify the Employees' Provident Fund Organisation periodically of the information as required under the Employees' Pension Scheme, 1995

स्थान / Helység / Place:

दिनांक / Dátum /Date:

हस्ताक्षर / Aláírás / Signature

(14) सक्षम हंगेरी एजेंसी / Magyarországi illetékes intézmény / Competent Hungarian Agency

नाम / Név / Name:

.....
.....

पता / Cím / Address:

.....
.....

एतद्वारा प्रमाणित किया जाता है कि दावाकर्ता 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 / वर्षÉÉÉÉÉYYYY)

फाइल संख्या / Ügyiratszám / File No.:

दिनांक / Dátum / Date:

.....

मोहर / Bélyegző /
Stamp

हस्ताक्षर / Aláírás / Signature