

Özvegyi nyugdíj igénylése, 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:*

Községi neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Községi neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Képviselőre 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 képviselői 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!

Oldalszám: 11 / 1

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:*

Községi neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Községi 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!

Oldalszám: 11 / 2

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:* 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:*

Községi neve:* Jellege:* Házzám:* 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:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 3

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

Az elhalálozásért felelős címe:

Ország:*

Írányítószám:

Település:

Közszerület neve:

Jellege:

Házszám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

☐ Igen

☐ Nem

Az eljáró szerv neve:*

Az eljáró szerv címe:*

Ország:*

Írányítószám:*

Település:*

Közszerület 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:

A magánnyugdíj-pénztár címe:

Ország

Magyarország

Írányítószám

Település

Közszerület neve

Jellege

Házszám

Épület

Lépcsőház

Emelet

Ajtó

Az elhunyt 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?

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 4

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

☐ Igen ☐ Nem

A magánnyugdíj-pénztári tagság megszűnésének időpontja:

A jogszerzőnek 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.		
2.		
3.		
4.		

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:

Házszám:

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

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 5

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

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése:*

Vállalkozó, társas vállalkozás címe:

Irányítószám:

Település:

Közterület neve:

Jellege:

Házzám:

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

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

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 6

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

☐ 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:

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:*

Házzszám:*

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 benyújtásra került?*

☐ Igen ☐ Nem

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 7

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

Titulus: Gyermekek családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*
Az árvaellátás törzsszáma:
A gyermek fogyatékkal élő vagy tartósan beteg-e?* ☐ Igen ☐ Nem

Titulus: Gyermekek családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*
Az árvaellátás törzsszáma:
A gyermek fogyatékkal élő vagy tartósan beteg-e?* ☐ Igen ☐ Nem

A jogosultság elbírálásához kérjük, csatolja a gyermek magasabb összegű családi pótlékra való jogosultságát alátámasztó családtámogatási kifizetőhely, vagy a családtámogatási ügyekben eljáró kormányhivatal által kiállított dokumentumot, vagy az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet alapján kiállított szakorvosi igazolást. Nem kell megküldeni a fenti iratokat, ha azok az árvaellátás iránti igénybejelentéshez megküldésre kerülnek.

Amennyiben további gyermekekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltsse ki az özvegyi nyugdíjügyekben 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. A folyamatos gondozást, gyógykezelést és az aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, illetve a fenti körülményekkel összefüggő, további egészségügyi dokumentációt (pl. lelet, kórházi zárójelentés) csak akkor kell csatolnia, ha az iratok hozzáférése az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (EESZT) korlátozott, vagy azok az EESZT-ben nem találhatóak. Az orvosi iratok az eeszt.gov.hu honlapon elektronikus azonosítást követően ellenőrizhetők, az iratokhoz való hozzáférés pedig az „Önrendelkezés” menüpontban módosítható.

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

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 8

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

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 tartásdíj-fizetési 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

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*

- ☐ 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

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 9

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

Pénzforgalmi szolgáltató neve:*

Kérelmező belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlájának a száma:*

 - -

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:

Aláírás:**

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

Oldalszám: 11 / 10

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

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 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.

Aláírás:**