

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

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:*

szülő gyám gondnok meghatalmazott

Gyám, illetve 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):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Utolsó lakóhelye:*
Ország:*

Írányítószám:* Település:*

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

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

Az elhalálozás időpontja: *

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:

Az elhalálozásért felelős címe:

Írányítószám:* Település:*

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

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

Igen Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hátszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám: *

Az elhunyt személynek az elhalálozás időpontjában a 2010. október 1. előtt létesített magánnyugdíj-pénztári tagsága fennállt-e? *

Igen Nem

A magánnyugdíj-pénztár neve: *

A magánnyugdíj-pénztár címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hátszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A jogszerezőnek a magánnyugdíjpénztárban az egyéni számláján lévő összeg Nyugdíjbiztosítási Alap részére történő utalását: *

Igen Nem

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.

TAJ száma: * - - Aláírás: *

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

Foglalkoztató megnevezése: *

Foglalkoztató címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tevékenység időtartama: *

-

Munkakör:

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P01 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:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: *

-

Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P02 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

Megnevezése: *

Időtartama: *

-

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 időszakot kíván elismertetni, kérjük az egyéb megjegyzés rovatban megadni!

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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: *

- gyermeke saját örökbefogadott nevelt
 testvére
 unokája
 dédunokája
 ükunokája

Az elhunyt személy a kérelmezőt a saját háztartásában eltartotta? *

- Igen Nem

A kérelmezőnek van-e más tartásra köteles és képes hozzátartozója? *

- Igen Nem

Tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye: *

Irányítószám:* Település:*

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

Az árva oktatási intézményben folytat-e tanulmányokat? *

- Igen Nem

A tanulmányok folytatását – a 16. életév betöltését követően – az oktatási intézmény által kiállított igazolással szükséges bizonyítani kérjük, mellékelje az oktatási intézmény által kiállított igazolást a tanulmányok folytatásáról!

Oktatási intézményben folytatott tanulmányok folytatása esetén jelölje meg a képzés típusát:

- általános iskolai vagy középfokú iskolai nevelés-oktatás
 szakképzés
 főiskolai, egyetemi képzés, felsőoktatási szakképzés
 alapfokú művészetoktatás, kiegészítő nemzetiségi nyelvoktatás
 gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelés-oktatás
 felnőttképzés

TAJ száma:* - - Aláírás:*

Tanulmányait egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend szerint végzi? *

Igen Nem

Ha a kérelmező egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend keretében folytatja tanulmányait, az engedélyezés okát az oktatási intézmény igazolásával vagy egyéb irattal (pl.: orvosi szakvélemény) kell igazolni! Kérjük, szíveskedjen mellékelni!

Tanulói, hallgatói jogviszonya szünetel? *

Igen Nem

Kérjük, mellékelje a szünetelés indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!

A tanulói/hallgatói jogviszony befejezésének várható időpontja:*

A kérelmező tartósan beteg, súlyosan fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű? *

Igen Nem

Rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? *

Igen Nem

Ha tartós betegségét, fogyatékoságát, megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, szakhatósági állásfoglalással, vagy orvosi igazolással kívánja bizonyítani, kérjük, mellékelje!

Ha egészségi állapot szakkérdését vizsgálni kell, a kérelemhez csatolni kell az egészségi állapot megállapításához szükséges egészségügyi iratokat!

A kérelmező életben lévő szülője megváltozott munkaképességű? *

Igen Nem

A szülő rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? *

Igen Nem

Ha a megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással kívánja igazolni, kérjük, mellékelje!

A megváltozott munkaképességű szülőre vonatkozó adatok:

TAJ száma: * - -

Titulus Családi név: * Utónév: * Utónév(2):

Születési név: * Utónév: * Utónév(2):

Anyja születési családi neve: * Utónév: * Utónév(2):

Születési helye: * Születési ideje: *

A megváltozott munkaképességű szülő lakóhelye: *

Irányítószám: * Település: *

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

TAJ száma: * - - Aláírás: *

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:*

Írányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A kérelmező a fizetési számla tulajdonosa? *

Igen

Nem

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

Van

Nincs

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

A törvényes képviselő a számla tulajdonosa? *

Igen

Nem

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

Van

Nincs

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: *

 - -

TAJ száma:*

 - -

Aláírás:*

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:*