

**Özvegyi nyugdíj felélédése iránti igény, ha az igénylő korábban már
részesült özvegyi nyugdíjban**

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:*

gondnok meghatalmazott

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:*

Az elhalálozás időpontja:*

II. Az igénylőre vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok:

A megszűnt özvegyi nyugdíj folyósítási törzsszáma:

Jelölje meg, az özvegyi nyugdíj feléledését milyen jogcímen kéri!*

- öregségi nyugdíjkorhatár betöltése
 az elhunyt jogán árvaellátásra jogosult gyermek eltartása
 megváltozott munkaképesség (legfeljebb 50%-os egészségi állapot)

A kérelmező gondoskodik az árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról? *

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

Ha rendelkezésre áll, kérjük, mellékelje a gyermek tartós betegségére, fogyatékosságára vonatkozó szakvéleményt, szakhatósági állásfoglalást, vagy orvosi igazolást!

Amennyiben további gyermekekre vonatkozó adatokat kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P04 pótlapot!

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, mellékelje!

Az egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, mellékelje az egészségi állapotra, gyógykezelésre, rehabilitációra vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazó, a munkaképesség-változás véleményezése céljából kiállított beutalót, folyamatos gondozást, gyógykezelést és az aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, illetve a fenti körülményekkel összefüggő, további egészségügyi dokumentációt (pl. lelet, kórházi zárójelentés).

A kérelmező kötött-e újabb házasságot/létesített-e újabb bejegyzett élettársi kapcsolatot?*

Igen

Nem

Az újabb házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének időpontja*

Az újabb házasságkötés/bejegyzett élettársi kapcsolat létesítésének helye:*

TAJ száma:*

- -

Aláírás:*

Az újabb házasság/bejegyzett élettársi kapcsolat megszűnt-e?*

Igen Nem

A kérelmező részesül-e az alábbi ellátások valamelyikében? Ha igen, jelölje meg!*

- öregségi nyugdíj
 korhatár előtti ellátás
 szolgálati járandóság
 táncművészeti életjáradék nem részesül ellátásban
 átmeneti bányászjáradék
 rokkantsági ellátás
 rehabilitációs ellátás

Folyósítási törzsszáma:*

A kérelmező részesül-e külföldről nyugellátásban?*

Igen Nem

Nevezze meg a nyugellátást folyósító országot:*

Nevezze meg a nyugellátás típusát:*

III. 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:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzszám:*

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:*

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

Oldalszám: 4 / 3

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:*