

2. számú PÓTLAP
Kiegészítő adatok
a koordinációs rendeletek, illetve a szociálpolitikai vagy szociális biztonsági
egyezménnyel érintett eljárások lefolytatásához

Kérelmező családi és utóneve: _____

Kérelmező társadalombiztosítási azonosító jele: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Kérelmező külföldi biztosítási száma: _____

Apja családi neve és utóneve(i)¹: _____

Neme: nő ☐ férfi ☐

Állampolgársága és a megszerzésének időpontja: _____

Családi állapota²:

☐	egyedülálló	_____	óra	☐	újraraházasodott/újra bejegyzett élettársi kapcsolatot létesített	_____	óra
☐	élettársi viszonyban él ³	_____	óra	☐	elvált ⁵ /elvált bejegyzett élettárs	_____	óra
☐	házas/bejegyzett élettárs	_____	óra	☐	özvegy/özvegy bejegyzett élettárs	_____	óra
☐	különélő ⁴	_____	óra				

EU/EGT tagállamban/Svájcban, illetve szociálpolitikai vagy szociális biztonsági egyezmény hatálya alá tartozó országban részesült-e 2011. december 31-én rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban?

Igen Nem ☐ ☐

Ha igen, mettől meddig: _____ év __ hó __ naptól _____ év __ hó __ napig

A 883/2004/EK rendelet alapján történő igényelbíráláshoz szükséges adatok

A. Igénylőre vonatkozó adatok

Igénylő:

☐ jelenleg is folytat ☐ már nem folytat.

☐ alkalmazottként tevékenységet

☐ önálló vállalkozói tevékenységet⁶

☐ köztisztviselői tevékenységet⁷

Mely külföldi településen végzett utoljára kereső tevékenységet⁸? _____

Amennyiben kereső tevékenységet folytat vagy köztisztviselő

Keresetének összege: _____

Munkaórák száma: _____

A kereső tevékenység megszűnésének időpontja:

☐ alkalmazottként _____

☐ önálló vállalkozóként _____

☐ köztisztviselőként _____

A tevékenység fajtája⁹: _____

Amennyiben önfoglalkoztatóként dolgozik, kérjük, jelölje meg

- bevételeinek összegét¹⁰: _____ ☐ hetente ☐ havonta ☐ évente

- a tevékenység jellegét: _____

- más ismert bevételeket
(összegét és jellegét)¹¹: _____

☐ Igénylő kijelenti, hogy nem rendelkezik jövedelemmel¹².

A rokkantság kezdő időpontjában igénylő

☐ munkavállalóként biztosított volt rokkantság ellen.

☐ biztosított volt rokkantság ellen, de nem munkavállalóként.

☐ nem volt biztosított rokkantság ellen.

A rokkantság kezdete óta igénylő

- részt vett rehabilitációs tanfolyamon? ☐ Igen ☐ Nem

- részt vett átképzési tanfolyamon? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, kérjük, jelölje meg milyen szakmával kapcsolatban?

Új munkáltatójának (akinél ebben az új szakmában dolgozik) neve és címe:

Alkalmazás kezdetének és megszűnésének dátuma: _____

A megrokkulás okozója feltehetőleg maga az igénylő volt szándékosan ☐ Igen ☐ Nem

A megrokkulás okozója feltehetően egy harmadik felelős fél ☐ Igen ☐ Nem

Igénylő bármely EU/EGT tagállamban, illetve Svájcban igényelt-e vagy jelenleg részesül-e az alábbi ellátásokban:

Igénylő az alábbi ellátásokat	igényelte*	kapja*	A folyósításért felelős intézmény neve és címe
Betegség esetén a bér vagy a fizetés továbbfizetése			
Táppénz, baleseti táppénz			
Rehabilitációs támogatások			
Megváltozott munkaképességű személyek ellátása			
Rokkantsági nyugdíj ¹³			
Öregségi nyugdíj ⁹			
Özvegyi nyugdíj ⁹			
Baleseti nyugellátások			
Kötelező gépjármű-biztosítás keretében járó nyugdíjszerű ellátás (kártérítés közúti balesetre) ¹⁴			
Munkanélküli ellátások vagy előnyugdíjak (munkanélküli járadék, álláskeresési járadék, vállalkozói járadék, álláskeresést ösztönző juttatás, keresetpótló juttatás, nyugdíj előtti munkanélküli segély)			
Családi ellátások ¹⁵			
Járulékok visszatérítése			
Járulékok átutalása ¹⁶			
Egyéb ellátások ¹⁷ (kérjük, nevezze meg)			

Ellátások részletezése

Megnevezés	Akta hivatkozási száma	Jogosultság időszaka vagy időpontja, jogosultság megszűnésének várható időpontja	Összeg
			☐ napi ☐ heti ☐ havi ☐ évi
			☐ napi ☐ heti ☐ havi ☐ évi
			☐ napi ☐ heti ☐ havi ☐ évi

B. rész: Igénylő házastársára/bejegyzett élettársára vagy élettársára vonatkozó adatok

☐ házastárs/bejegyzett élettárs ☐ élettárs¹⁸

Családi név: _____

Utónevek: _____

Korábbi nevek: _____

Születési idő (év, hó, nap): _____

Születési hely (ország, megye, tartomány, város): _____

Biztosítási szám¹⁶: _____

Neme: ☐ nő ☐ férfi

Állampolgársága és a megszerzésének időpontja: _____

Lakóhelye (ország, irányítószám, város, utca, házszám, emelet, ajtó):

A házastárs/bejegyzett élettárs/élettárs

☐ folytat kereső tevékenységet. ☐ nem folytat kereső tevékenységet.
☐ rendelkezik egyéb jövedelemmel. ☐ nem rendelkezik egyéb jövedelemmel.

Kereső tevékenység folytatása esetén jelölje meg keresete összegét:

☐ hetente¹⁹ ☐ havonta²⁰ ☐ évente _____

Részsül-e nyugaltságban a házastárs/bejegyzett élettárs/élettárs? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, kérjük, adja meg a következőket:

Nyugdíjtípus: _____

Nyugdíjszám²¹: _____

A kifizetésért felelős intézmény: _____

A nyugdíj összege²²: ☐ havonta ☐ negyedévente ☐ évente _____

A házastárs/bejegyzett élettárs/élettárs

☐ kap egyéb ellátásokat¹⁷ ☐ nem kap egyéb ellátásokat¹⁷
☐ munkanélküliség ☐ betegség ☐ rokkantság ☐ egyéb miatt

Az ellátás folyósításának kezdő időpontja: _____

Az ellátás összege: ☐ havonta ☐ negyedévente ☐ évente _____

Egyéb ismert jövedelmek összege²³: _____

C. rész: Gyermekekre vonatkozó adatok²⁴

A gyermek családi neve és utóneve(i)	A gyermek biztosítási száma, állampolgársága és neme (férfi/nő)	Születési helye és ideje (*) Házasságkötés helye és ideje (oo) Elhalálozás helye és ideje (†)	Igénylőhöz való viszonya (saját, nevelt, örökbefogadott)
1.		*	
		oo	
		†	
2.		*	
		oo	
		†	

3.		*	
		○○	
		†	
4.		*	
		○○	
		†	

A gyermek lakóhelye: _____

Megjegyzések: _____

D. rész: Felmenőkre és a háztartás egyéb tagjaira vonatkozó adatok

(Abban az esetben kell kitöltenie, ha Belgiumban vagy az Egyesült Királyságban is szerzett biztosítási időt.)

Neve, lakcíme	Születési ideje (év, hó, nap)	Igénylőhöz való viszonya

Kérjük, tüntesse fel a lakcímet az alábbi rovatban, amennyiben valamelyik felmenő ági rokonnal nem közös lakóhelyen lakik.

Lakóhely: _____

E. Az ellátás folyósításához szükséges és kiegészítő adatok

Ha az Ön lakóhelye EU/EGT országban, vagy Svájc területén, illetve szociálpolitikaivagy szociális biztonsági egyezményrel érintett ország területén található és az ellátás folyósítását nem pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kéri, úgy meg kell adnia a magyarországi meghatalmazott nevét, címét:

A meghatalmazott neve és címe:

Kérjük, hogy az EU/EGT tagállamban/Svájcban/illetve a szociálpolitikai vagy szociális biztonsági egyezményrel érintett országban folytatott keresőtevékenységet igazoló eredeti munkaügyi dokumentumait, vagy azok hiteles másolatait szíveskedjen az adatlappal egyidejűleg benyújtani, valamint az E207 nyomtatványt szíveskedjen kitölteni annak érdekében, hogy a külföldi partner intézmény a külföldön megszerzett biztosítási idejét igazolni tudja.

Amennyiben korábban a volt Szovjetunió utódállamai valamelyikének területén folytatott keresőtevékenységet, kérjük, hogy a jelenlegi lakcímét igazolni szíveskedjen (lakcímet igazoló hatósági bizonyítvány bemutatása, vagy annak hiteles másolata).

Kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatásból eredő kárért felelősséggel tartozom, valamint köteles vagyok 15 napon belül bejelenteni az igényelbíráló szervnek minden olyan tényt, adatot, körülményt, amely a magyar vagy bármely más EU/EGT tagállamban, illetve Svájcban, valamint szociálpolitikai vagy szociális biztonsági egyezmény hatálya alá tartozó országban az ellátásra való jogosultságomat érinti.

Kelt:, 20 __ év _____ hó _____ nap

kérelmező aláírása

Kitöltési útmutató

¹Ezt az információt akkor kell megadni, ha az igénylő **spanyol** állampolgár, illetve az igénylő állampolgárságától függetlenül, ha **francia, görög** vagy **lengyel** biztosítási időt szerzett.

² A megfelelő házastársi/bejegyzett élettársi minőség aláhúzendő a vonatkozó kérdésekben.

Az öregségi biztosításról szóló általános **holland** jogszabályok szerint a következő személyek is „házasnak” vagy „házastársnak” tekintendők: azonos vagy ellenkező nemű, nem házas személyek, akik állandó jelleggel közös háztartásban élnek. A közös háztartás azt jelenti, hogy két hajadon/nőtlen személy együttesen gondoskodik lakhatásukról úgy, hogy a háztartás költségeihez mindketten hozzájárulnak, vagy egymás megélhetését más módon biztosítják. A **finn** jogszabályok értelmében az azonos neműek bejegyzett kapcsolata „házastársi” kapcsolatnak minősül. Az élettársi viszonyra vonatkozó információ az érintett személy nyilatkozatán alapul.

³ Töltse ki, ha **belga, holland, finn, izlandi és/vagy norvég** biztosítási időt szerzett.

Ez az információ az érintett személy nyilatkozatán alapul.

Az öregségi biztosításról szóló általános **holland** jogszabályok szerint a következő személyek is „házasnak” vagy „házastársnak” tekinthetők: azonos vagy ellenkező nemű, nem házas személyek, akik állandó jelleggel közös háztartásban élnek, kivéve, ha első- vagy másodfokon vérrokonok. A közös háztartás azt jelenti, hogy két hajadon/nőtlen személy együttesen gondoskodik lakhatásukról úgy, hogy a háztartás költségeihez mindketten hozzájárulnak, vagy egymás megélhetését más módon biztosítják. A **finn** szabályozásnak megfelelően házasságnak tekintendő az azonos neműek nyilvántartott kapcsolata.

⁴ Amennyiben **belga, holland, svéd, egyesült királyságbeli, lengyel, finn és liechtensteini** szolgálati/biztosítási időt szerzett, kérjük, tüntesse fel az időpontot is a vonatkozó rovat mellett.

⁵ Töltse ki, ha **német, belga, francia, olasz, luxemburgi, holland, osztrák, portugál, svéd, finn, liechtensteini vagy norvég** biztosítási időt szerzett.

⁶ Önálló vállalkozónak minősül az egyéni vállalkozó, és a társas vállalkozó. (**Egyéni vállalkozó:** a vállalkozói igazolvánnyal rendelkező természetes személy, a magán-állatorvosi tevékenység gyakorlására jogosító igazolvánnyal rendelkező magánszemély, a gyógyszerész magántevékenység, falugondnoki tevékenység, tanyagondnoki tevékenység vagy szociális szolgáltató tevékenység folytatásához szükséges engedéllyel rendelkező magánszemély (a továbbiakban együtt: egészségügyi vállalkozó), az ügyvédekről szóló törvény hatálya alá tartozó ügyvéd, európai közösségi jogász (a továbbiakban együtt: ügyvéd), az egyéni szabadalmi ügyvivő, a nem közjegyzői iroda tagjaként tevékenykedő közjegyző, a nem végrehajtói iroda tagjaként tevékenykedő önálló bírósági végrehajtó.)

Társas vállalkozó: a betéti társaság bel- és kültagja, a közkereseti társaság tagja, a korlátolt felelősségű társaság, a közhasznú társaság, a közös vállalat, az egyesülés, valamint az európai gazdasági egyesülés tagja, ha a társaság (ideértve ezen társaságok előtársaságaként történő működésének időtartamát is) tevékenységében ténylegesen és személyesen közreműködik, és ez nem munkaviszony vagy megbízási jogviszony keretében történik (tagsági jogviszony), a szabadalmi ügyvivői társaság, a szabadalmi ügyvivői iroda tagja, ha a társaság tevékenységében személyesen közreműködik, az ügyvédi iroda, a közjegyzői iroda, a végrehajtói iroda, a gépjárművezető-képző munkaközösség, az oktatói munkaközösség tagja.)

⁷**Lengyelország** esetében a „köztisztviselő” kifejezés olyan személyekre vonatkozik, akik külön rendszerekben vannak biztosítva. Abban az esetben töltse ki, amennyiben **belga, cseh, dán, német, görög, francia, olasz, luxemburgi, holland, lengyel, osztrák, szlovák, svéd, egyesült királyságbeli, izlandi vagy norvég** biztosítási időt szerzett.

⁸ Ha rendelkezik **román** biztosítási idővel, kérjük, szíveskedjen megjelölni azt a **romániai** települést, ahol utoljára kereső tevékenységet végzett.

⁹ **Portugál** szolgálati/biztosítási idő esetén tüntesse fel annak a tevékenységnek a típusát, amelyet az érintett személy munkaviszonya utolsó három évében végzett.

¹⁰ Töltse ki, ha **belga, cseh, dán, német, görög, spanyol, francia, olasz, luxemburgi, holland, lengyel, osztrák, portugál, izlandi vagy norvég** biztosítási időt szerzett.

¹¹ Töltse ki, ha **dán, spanyol, olasz, osztrák, portugál, izlandi vagy norvég** biztosítási időt szerzett. Amennyiben **olasz** szolgálati/biztosítási időt szerzett, minden jövedelmet fel kell tüntetni, kivéve a következőket: az igénylő otthona, családi ellátások, munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén járó pénzbeli ellátások, tisztán segélyellátások.

¹² Töltse ki, ha **olasz vagy görög** biztosítási időt szerzett. Olaszországban a következő források nem minősülnek jövedelemnek: az igénylő otthona, családi ellátások, munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén járó pénzbeli ellátások, tisztán segélyellátások.

¹³ **Liechtensteini** biztosítási idő esetén jelölje, ha ☐ kért vagy ☐ kapott szakmai rendszerben ellátást pénzbeli kompenzációként. **Máltai** biztosítási idő esetén jelölje, ha kért vagy kapott szakmai rendszerben ellátást az előző munkáltatójától.

¹⁴ **Finn** biztosítási idő esetén töltse ki.

¹⁵ Ezek a következők: gyermekgondozási segély, gyermeknevelési támogatás, családi pótlék.

¹⁶ **Liechtensteini** biztosítási idő esetén töltse ki.

¹⁷ Kitöltendő **holland** vagy **litván** biztosítási idő esetén.

¹⁸ **Belga, holland, finn, izlandi és norvég** biztosítási idő esetén kérjük kitölteni.

¹⁹ Töltse ki, ha **ír, osztrák vagy egyesült királyságbeli** biztosítási időt szerzett.

²⁰ Töltse ki, ha **belga** biztosítási időt szerzett.

²¹ Amennyiben **spanyol** biztosítási időt szerzett: spanyol állampolgárok esetén a nemzeti személyazonosító kártya számát (DNI: Documento Nacional de Identidad) vagy külföldiek esetében a N.I.E (Número de Identificación de Extranjeros) számot kell feltüntetni, amennyiben azok léteznek, akkor is, ha a személyazonosító kártya lejárt. Az említettek hiányában a „nincs” bejegyzést kell beírni.

²² Töltse ki, ha **belga, dán, német, francia, ír, olasz, holland, osztrák, egyesült királyságbeli, izlandi vagy norvég** biztosítási időt szerzett.

²³ Töltse ki, ha **dán, olasz, spanyol, holland, izlandi vagy norvég** (éves összeg); **francia** (negyedéves összeg) vagy **belga, német, görög vagy osztrák** (havi összeg) biztosítási időt szerzett.

²⁴ Kitöltés esetén kérjük, csatolja a gyermek(ek) születési anyakönyvi kivonatát, vagy annak hitelesített másolatát, a tartósan beteg vagy fogyatékos gyermek állapotára vonatkozó szakorvosi (kórházi) igazolást.

Kérjük, tüntesse fel, hogy a gyermek nős/férjezett, rokkant, elhunyt (elhalálozás időpontja), szakmunkástanuló vagy diák-e, továbbá hogy részesül-e ellátásban, illetve rendelkezik-e saját jövedelemforrással. **Liechtensteini** vagy **svájci** biztosítási idő esetén kérjük, csatolja a szakmunkástanulói szerződés másolatát vagy a képzési központ igazolását abban az esetben, ha a gyermek 18 és 25 év közötti diák vagy szakmunkástanuló. **Ciprusi** biztosítási idő esetén igazolást kell csatolni a nappali képzésben való részvételről a 16–23 év közötti leánygyermek és a 16–25 év közötti fiúgyermek esetében.

Spanyol és norvég szolgálati/biztosítási idő esetén kérjük, tüntesse fel, hogy a gyermekeket a biztosított személy tartja-e el, és hogy fogyatékos-e valamelyik gyermek. Az utóbbi esetben kérjük, jelölje, hogy a gyermek saját jogán kap-e rokkantsági nyugdíjat.