

**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)<sup>1</sup>:  
\_\_\_\_\_

Neme:  nő  férfi

Állampolgársága és a megszerzésének időpontja: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Családi állapota<sup>2</sup>:

<input type="checkbox"/>	egyedülálló	_____ óta	<input type="checkbox"/>	újrَاهázasodott/újra bejegyzett élettársi kapcsolatot létesített	_____ óta
<input type="checkbox"/>	élettársi viszonyban él <sup>3</sup>	_____ óta	<input type="checkbox"/>	elvált <sup>5</sup> /elvált bejegyzett élettárs	_____ óta
<input type="checkbox"/>	házas/bejegyzett élettárs	_____ óta	<input type="checkbox"/>	özvegy/özvegy bejegyzett élettárs	_____ óta
<input type="checkbox"/>	különélő <sup>4</sup>	_____ óta			

**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

**Az Amerikai Egyesült Államokban szerzett biztosítási időre tekintettel kérem az igényem továbbítását:**

Igen  Nem

## A. Igénylőre vonatkozó adatok

### Igénylő:

jelenleg is folytat  már nem folytat.

alkalmazottként tevékenységet

önálló vállalkozói tevékenységet<sup>6</sup>

köztisztviselői tevékenységet<sup>7</sup>

Mely külföldi településen végzett utoljára kereső tevékenységet<sup>8</sup>? \_\_\_\_\_

### Amennyiben kereső tevékenységet folytat vagy köztisztviselő

Keresetének összege: \_\_\_\_\_

Munkaórák száma: \_\_\_\_\_

### A kereső tevékenység megszűnésének időpontja:

alkalmazottként \_\_\_\_\_

önálló vállalkozóként \_\_\_\_\_

köztisztviselőként \_\_\_\_\_

A tevékenység fajtája<sup>9</sup>: \_\_\_\_\_

### Amennyiben önfoglalkoztatóként dolgozik, kérjük, jelölje meg

- bevételének összegét<sup>10</sup>: \_\_\_\_\_  hetente  havonta  évente

- a tevékenység jellegét: \_\_\_\_\_

- más ismert bevételeket  
(összegét és jellegét)<sup>11</sup>: \_\_\_\_\_

Igénylő kijelenti, hogy nem rendelkezik jövedelemmel<sup>12</sup>.

### 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, Svájcban, illetve szociálpolitikai vagy szociális biztonsági egyezmény hatálya alá tartozó országban 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 <sup>13</sup>			
Öregségi nyugdíj <sup>9</sup>			
Özvegyi nyugdíj <sup>9</sup>			
Baleseti nyugellátások			
Kötelező gépjármű-biztosítás keretében járó nyugdíjszerű ellátás (kártérítés közúti balesetre) <sup>14</sup>			
Munkanélküli ellátások vagy előnyugdíjak (munkanélküli járadék, álláskeresési járadék, vállalkozói járadék, álláskeresést ösztönző juttatás, keresetpótló juttatás, nyugdíj előtti munkanélküli segély)			
Családi ellátások <sup>15</sup>			
Járulékok visszatérítése			
Járulékok átutalása <sup>16</sup>			
Egyéb ellátások <sup>17</sup> (kérjük, nevezze meg)			

**Ellátások részletezése**

Megnevezés	Akta hivatkozási száma	Jogosultság időszaka vagy időpontja, jogosultság megszűnésének várható időpontja	Összeg
			<input type="checkbox"/> napi <input type="checkbox"/> heti <input type="checkbox"/> havi <input type="checkbox"/> évi
			<input type="checkbox"/> napi <input type="checkbox"/> heti <input type="checkbox"/> havi <input type="checkbox"/> évi
			<input type="checkbox"/> napi <input type="checkbox"/> heti <input type="checkbox"/> havi <input type="checkbox"/> évi

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

házastárs/bejegyzett élettárs    élettárs<sup>18</sup>

Családi név: \_\_\_\_\_

Utónevek: \_\_\_\_\_

Korábbi nevek: \_\_\_\_\_

Születési idő (év, hó, nap): \_\_\_\_\_

Születési hely (ország, megye, tartomány, város): \_\_\_\_\_

Biztosítási szám<sup>16</sup>: \_\_\_\_\_

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:

hetente<sup>19</sup>  havonta<sup>20</sup>  évente \_\_\_\_\_

**Részsül-e nyugellátásban a házastárs/bejegyzett élettárs/élettárs?**  Igen  Nem

Ha igen, kérjük, adja meg a következőket:

Nyugdíjtípus: \_\_\_\_\_

Nyugdíjszám<sup>21</sup>: \_\_\_\_\_

A kifizetésért felelős intézmény: \_\_\_\_\_

A nyugdíj összege<sup>22</sup>:  havonta  negyedévente  évente \_\_\_\_\_

**A házastárs/bejegyzett élettárs/élettárs**

- kap egyéb ellátásokat<sup>17</sup>  nem kap egyéb ellátásokat<sup>17</sup>  
 munkanélküliség  betegség  rokkantság  egyéb miatt

Az ellátás folyósításának kezdő időpontja: \_\_\_\_\_

Az ellátás összege:  havonta  negyedévente  évente \_\_\_\_\_

Egyéb ismert jövedelmek összege<sup>23</sup>: \_\_\_\_\_

**C. rész: Gyermekekre vonatkozó adatok<sup>24</sup>**

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 szociálpolitikai vagy 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 207 jelű formanyomtatványt 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 8 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.

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény értelmében a jelen kérelmemre indított eljárásban a rehabilitációs hatóság az igényelt ellátás megállapításához szükséges mértékű és azzal összefüggő személyes- és különleges adataim kezelésére jogosult.

Kelt: ....., 20 \_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

Személyesen átvéve: ....., 20 \_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igényfelvevő aláírása

## Kitöltési útmutató

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

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

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

<sup>6</sup> 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 gyógyszerészeti 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 végrehajtó iroda, a gépjárművezető-képző munkaközösség, az oktatói munkaközösség tagja.)

<sup>7</sup> **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.



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

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

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

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> **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.

<sup>14</sup> **Finn** biztosítási idő esetén töltse ki.

<sup>15</sup> Ezek a következők: gyermekgondozási segély, gyermeknevelési támogatás, családi pótlék.

<sup>16</sup> **Liechtensteini** biztosítási idő esetén töltse ki.

<sup>17</sup> Kitöltendő **holland** vagy **litván** biztosítási idő esetén.

<sup>18</sup> **Belga, holland, finn, izlandi és norvég** biztosítási idő esetén kérjük kitölteni.

<sup>19</sup> Töltse ki, ha **ír, osztrák vagy egyesült királyságbeli** biztosítási időt szerzett.

<sup>20</sup> Töltse ki, ha **belga** biztosítási időt szerzett.

<sup>21</sup> 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.

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

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> 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.