

KÉRELEM

biztosítási időszakra vonatkozó adatok igazolására

külföldi biztosítási / helyben-lakási időszak igazolásának beszerzése*

/ Request Sheet for Form E-104 / S041

to verify insured / residence time period*

(Kérjük a nyomtatványt **nyomtatott betűkkel**, olvashatóan kitölteni! /
Please print legibly and complete all information)

Név / name:

Születési név / maiden name:

Születési hely, idő / Place and date of birth: TAJ:

Anyja neve / Mother's maiden name:

Lakóhely / address:

Levelezési cím (amennyiben a lakóhelytől eltér) / mailing address (if different):

Telefonszám (amelyen napközben elérhető) / daytime telephone number: 06 1 411 6500/8250-es mellék (Quaestura HÜI)

ORSZÁG / COUNTRY: (Románia esetén a **megye** is szükséges)

Külföldi biztosító neve, címe / Name and address of foreign insurance agency:

Külföldi biztosítási szám (amennyiben ismeretes) / Foreign insurance number (if known):

Legutolsó külföldi foglalkoztató neve és címe / Name and address of last employer:

Az igazolni kívánt **biztosítási** / helyben-lakási időszak:* **insured** / residence time period to be verified

Mellékletek száma / Number of attachments:lap / pages

Dátum / Date: Budapest, 2020. hónap/month nap/day.

Igényt előterjesztő aláírása / Signature of requestor:

Igényt előterjesztő neve **nyomtatott betűkkel** / **Print** name of requestor:

* Megfelelő aláhúzendó / please underline