

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS

MBHEP 130/202503

Rokkantsági járadék, ápolási díj kiegészítésére

- egyéni számláról történő elszámolás -

Elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként nyújtható be.

Kérjük a nyilatkozatot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni. A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*:		Tagi azonosító*:							
Telefonszám:		E-mail cím:							

Érintett személyek adatai:

Szolgáltatásra jogosult neve:									
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:									

Kötelező melléklet:

- Járadék, ápolási díj megállapítását igazoló dokumentum, határozat másolata

Igényelt összeg: _____ Ft/hó, azaz _____ Ft / hó
(Maximum a járadék, az ápolási díj összegével megegyező összegben vehető igénybe.)

Kérem, hogy a kifizetendő szolgáltatás összegét szíveskedjenek (Megfelelőt kérjük jelölje!)

- ☐ a Pénztárnak korábban megadott, nevemre szóló bankszámlaszámra utalni.
- ☐ az alábbi címre postázni:

Új bankszámlaszám és cím itt nem adható meg, adatmódosításhoz szükséges nyomtatvány a www.mbhep.hu honlapról tölthető le.

Tudomásul veszem, hogy a jogosultság megszűnését a megszűnés időpontját követő 30 napon belül be kell jelentenem a pénztárnak. A bejelentés elmulasztásának következményei engem, mint pénztártagot terhelnek. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyomtatványon közölt adataim a valóságnak megfelelnek, az általam mellékletként csatolt iratok a hatóság által kiállított példánnyal megegyeznek, az ellátásra való jogosultságom fennáll.

A Pénztár adatkezelésről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán, az **Adatkezelési Tájékoztató** linken. Aláírással elismerem, hogy az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Dátum: _____

Elektronikusan aláírt dokumentum esetén nem szükséges.

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Első utalás dátuma: _____ Lejárat dátum: _____

Egyéni számláról utalható összeg: _____ Ft/hó.

Az igény nem teljesíthető, az elutasítás oka: _____

Visszaküldve. _____ db _____

MBH Gondoskodás Egészség- és Önszegélyező Pénztár