

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS

MBHEP 122/202503

Szülési segély igénybevételehez

- egyéni számláról történő elszámolás -

Gyermekeként külön kell benyújtani.

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:							
Szolgáltatásra jogosult neve:									
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:									
Szolgáltatásra jogosult gyermek neve*:									
Szolgáltatásra jogosult gyermek születési dátuma*:									

Csatolandó dokumentum:

- Születési anyakönyvi kivonat vagy az örökbefogadás hatósági irata

Igényelt összeg: _____ Ft, azaz _____ forint.

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 szülési segély iránti igényemet legkésőbb a **szülést követő 120. napig** be kelhlyújtanom. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyomtatványon közölt adataim a valóságnak megfelelnek, az általam mellékleltként csatolt iratok a hatóság által kiállított példánnyal megegyeznek, az ellátásra való jogosultságom fennáll.

A Pénztár adatkezeléséről 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

A nyomtatványt elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként tudjuk befogadni!

Pénztár tölti ki!

Első utalás dátuma: _____ Lejárat dátum: _____

Egyéni számláról utalható összeg: _____ Ft.

Az igény nem teljesíthető, az elutasítás oka: _____

Visszaküldendő: _____ db _____

MBH GondoskodásEgészség- és Önségélyező Pénztár