



Székhely: 1056 Budapest, Váci u. 38.
Levelezési cím: MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár, 1821 Budapest
Ügyfélszolgálat: Budapest, XIII. ker. Dévai u. 23.
Telefon: 1) 268-7614 Telefax: (1) 268-7002
Számlasszám: 10300002 – 20177920 - 00003285
Adószám: 18232761-1-41
A pénztár azonosítója: 0198
Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-65568/2013.

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS 2019. GYEREKNEVELÉSI (GYES, GYET) támogatásra

- egyéni számláról történő elszámolás -

A szolgáltatási igénybejelentést gyermekenként külön kell benyújtani.

(Kérjük a nyilatkozatot **nyomatott nagybetűkkel** kitölteni, és az **eredeti példányt szíveskedjen a Pénztárba beküldeni!**)

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

Érintett személyek adatai:

Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó neve:									
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:									
Szolgáltatásra jogosult gyermek neve:									
Szolgáltatásra jogosult gyermek születési dátuma:									

Csatolandó dokumentum:

- Igazolás (határozat) a kapott ellátás megállapításáról.

Igényelt összeg: _____ Ft/hó azaz _____ forint/hó.
(Lefeljebb az állami ellátás összegével azonos mértékben fizethető!)

Amennyiben a mellékelt határozat alapján jogosult vagyok **visszamenőleges** elszámolásra, akkor annak
kifizetését is kérem: igen nem (Megfelelőt kérjük jelölje!)

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

a Pénztárnak korábban megadott, nevemre szóló bankszámlaszámra utalni.*

az alábbi címre postázni: _____

* Új bankszámlaszám itt nem adható meg, az itt megadott cím nem módosítja a korábban megadott levelezési címet!
Adatmódosításhoz szükséges nyomtatvány a www.mkbep.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.

Dátum: _____

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!	ZÁRADÉK	Beérkezés dátuma: 20__ . __ . __.
Első utalás dátuma: _____		Lejárat dátum: _____
Egyéni számláról utalható összeg: _____ Ft/hó.		
Elutasítva. Az elutasítás oka: _____		
Visszaküldendő: _____ db _____		
MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár		