



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
Számlaszám: 10300002 – 20177920 - 00003285
Adószám: 18232761-1-41
A pénztár azonosítója: 0198
Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-65568/2013.

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS 2017.

Intézményi idősgondozás támogatásának igénybevételéhez

- egyéni számláról történő elszámolás –

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

Pénztártag neve:	Tagi azonosító:								
Telefonszám:	E-mail cím:								
Érintett személy adatai:									
Szolgáltatásra jogosult neve:									
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:									
Ápolási, gondozási intézmény megnevezése					Csatolt dokumentumok megnevezése				

Az igénylés benyújtásakor csatolni szükséges az intézmény igazolását:

- az ellátott és az ellátást fizető személyéről,
- az elhelyezés / ellátás időtartamáról és
- a térítési díj összegéről.

Igényelt összeg: _____ Ft/hó, azaz _____ forint/hó.

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

1. A jogosultság megszűnését a megszűnés időpontját követő 30 napon belül be kell jelentenem a pénztárnak. A bejelentés elmulasztásának következményei engem, mint pénztártagot terhelnek.
2. A havi gondozási díj támogatás az igazolt havi díj mértékéig, de legfeljebb a nyugdíjminimum összegéig (2017. évben **28.500 Ft/hó**) fizethető a Pénztárból.

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		