

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS 2017.

Rokkantsági járadék, ápolási díj kiegészítésére

- 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:									

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 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: _____		
Visszaküldve. _____ db _____		
MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár		