



## ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS

GEP 129/202601

### Baleseti, egészségkárosodási járadék, megváltozott munkaképesség miatti jövedelem kiesés kiegészítésére

- egyéni számláról történő elszámolás –

Hiteles elektronikus melléletek mellett, **elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként** nyújtható be!

Papír alapú melléletek esetén kérjük, a nyomtatványt eredetiben aláírva papír formában küldje be.

Kérjük a nyilatkozatot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni, és a Pénztárba eljuttatni! A \*-al jelölt mezők kitöltése kötelező.

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

#### Érintett személy adatai:

Szolgáltatásra jogosult neve:	
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:	

#### Kötelező melléklet:

- Járadék megállapítását igazoló dokumentum, határozat másolata

Igényelt összeg: \_\_\_\_\_ Ft/hó, azaz \_\_\_\_\_ Ft / hó

(Maximum az ellátás alapjául szolgáló összeg és a járadék különbözete lehet)

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 [gondoskodasegeszsegpenztar.hu](http://gondoskodasegeszsegpenztar.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 adatkezeléséről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán, az **Adatkezelési Tájékoztató** linken. Aláírással elismerem, hogy az adatkezeléséről 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: \_\_\_\_\_

Visszaküldendő \_\_\_\_\_ db \_\_\_\_\_

Gondoskodás Egészség- és Önszegélyező Pénztár