

Érkeztető bélyegző helye

ÖSP_05 Bejelentőlap

rokkantsági járadék, ápolási díj kiegészítésének igénylésére

 (Kézi kitöltés esetén kérjük **nyomatott nagybetűkkel** kitölteni)

1. A PÉNZTÁRTAG/SZOLGÁLTATÁSI KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------|--|------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek) | | | | | | | | | | | | Pénztári azonosító | | | | | | | | | | | | | |
| Egységkártya száma | | | | | | | | | | | | 8 | 0 | 3 | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | | | |
| Telefonos elérhetőség | | | | | | e-mail cím | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amennyiben a szolgáltatást igénybevevő a szolgáltatási kedvezményezett, úgy adja meg az alábbi adatokat is | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kedvezményezett születési neve | | | | Anyja születési neve | | | | Születési helye és ideje (év,hó,nap) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. IGÉNYLÉS, NYILATKOZATOK

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| Járadék, ápolási díj összege | | | | | | | | | | Ft/hó | | | | | |
| Igényelt összeg | | | | | | | | | | Ft/hó | | | | | |
| A Pénztár által nyújtott szolgáltatás maximális összege az igazolt rokkantsági járadék, ápolási díj megállapított összegével megegyező mértékű lehet. Amennyiben a határozatot az igénylő a Pénztárba a határozat kézhezvételétől számított 120 napon belül benyújtja, úgy a jogosultság kezdetére visszamenőleg a különbözet egy összegben kifizethető, ezt követően az igénytől függően havi kifizetésekre kerül sor. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teljes egészében kérem kifizetni (tudomásul veszem, hogy amennyiben az igénylésem elbírálásának időpontjától számított 240. napig egyéni számlámon nem áll rendelkezésre a kiegyenlítéshez szükséges fedezet [180 napnál régebben befizetett összegből], akkor az igényelt összeg a 240. napon rendelkezésre álló szabadon felhasználható 180 napnál régebbi befizetésből, annak erejéig kerül kifizetésre) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Az egyéni számlámról – az igénylés elbírálásakor – rendelkezésre álló szabadon felhasználható 180 napnál régebben befizetett összegből | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ft, azaz | | | | | | | | | | Forint | | | | | |
| részteljesítést kérek kifizetni (ebben az esetben tudomásul veszem azt, hogy a Pénztár további kifizetést nem teljesít) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Csatolt dokumentumok: | | | | | | | | | | | | | | | |
| A járadékot, ápolási díjat megállapító határozat másolata (igénylésenként egyszer, nem lehet 120 napnál régebbi) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Az utalás tényét igazoló bankszámlakivonatok vagy postai átvételi szelvények másolata a járadék/ápolási díj kifizetéséről | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szolgáltatási kedvezményezett jelölő TNY_04 jelű nyomtatvány (amennyiben az igénybe vevő még nem bejelentett szolgáltatási kedvezményezett) | | | | | | | | | | | | | | | |
| A kifizetendő szolgáltatás összegét kérem az alábbi, nevemre/kedvezményezett nevére szóló bankszámlaszámra utalni: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Számlaszám | | | | | | | | | | - | | | | | |
| Felhívjuk szíves figyelmét, hogy amennyiben a fent megadott bankszámlaszám nem egyezik meg a Pénztárnál bejelentett bankszámlaszámmal, a Pénztár jelen nyomtatványt adatváltozás bejelentésként kezeli. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kijelentem/kijelentjük, hogy az igénylőlapon feltüntetett adatok, nyilatkozatok a valóságnak megfelelnek, egyúttal tudomásul veszem (vesszük), hogy a valótlan adatok megadása jogalap nélküli szolgáltatás igénybevételt eredményez, amelynek következményei a pénztártagot terhelik. A jogosultság megszűnését (mértékének változását) a megszűnés/változás időpontját követő 8 munkanapon belül be kell jelenteni a Pénztárnak. A bejelentés elmulasztásának következményei a pénztártagot terhelik. Alulírott pénztártag/ szolgáltatási kedvezményezett a jelen bejelentőlapon, illetve a jelen szolgáltatás igényléséhez benyújtott iratokon közölt személyes adataim (valamint törvényes képviselőként a gyermek személyes adatainak) Vitamin Egészség- és Önsegélyező Pénztár által történő kezeléséhez, a jelen igénylőlapon igényelt szolgáltatás nyújtása céljából –a www.vitaminep.hu honlapon található, pénztári szolgáltatásokkal összefüggő személyes adatok kezeléséről szóló tájékoztató ismeretében– aláírással hozzájárulok. Kijelentem, hogy a fenti szolgáltatást más önszegélyező szolgáltatást nyújtó önkéntes pénztárnál nem veszem/vettem igénybe. | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| Keltezés | | | | | | | | | | Pénztártag saját kezű aláírása | | | | | |
| Település | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | év | | | | hó | | | | | | | |