

Szolgáltatási jogra kijelölő nyomtatvány

Pénztártag tölti ki (Kérjük, nyomtatott nagybetűkkel, szíveskedjen kitölteni és AZ EREDETI PÉLDÁNYT saját kezűleg, olvashatóan aláírni.)

Pénztártag neve:	Tagi azonosító:
Telefonszáma:	e-mail címe:
Közeli hozzátartozó jogállását jelölő szám:	
Közeli hozzátartozó neve:	
Közeli hozzátartozó születési dátuma:	
Közeli hozzátartozó adószáma:	
Közeli hozzátartozó TAJ száma:	

(Jogállás: **1.** házastárs, az egyenes ágbeli rokonok közül **2.** gyermek, **3.** unoka, **4.** dédunoka, **5.** szülő, **6.** nagyszülő, **7.** dédszülő, **8.** távolabbi egyenes ági leszármazott, vagy felmenő és pedig..... **9.** örökbefogadott mostoha-, vagy nevelt gyermek, **10.** örökbefogadó-, a mostoha és a nevelőszülő, **11.**testvér.)

A szolgáltatásra kijelölt jog csak az alábbi szolgáltatásokra érvényes:

- 1.1. Gyermekek megszületése, illetve örökbefogadása esetén nyújtható egyszeri, egyösszegű támogatás;
- 1.2. A csecsemőgondozási díj (Csed) és a gyermekgondozási díj (Gyed) kiegészítése;
- 1.3. A gyermekgondozási segély (Gyes) és a gyermeknevelési támogatás (Gyet) összegének kiegészítése;
2. Nevelési évkezdési, tanévkezdési (beiskolázási) támogatás;
3. Álláskeresési támogatás
5. Idősgondozás támogatása

Alulírott pénztártag feljogosítom az itt megjelölt közeli hozzátartozómat arra, hogy a Danubius Egészség- és Önszegélyező Pénztárban meglévő egyéni egészség számlámon fennálló megtakarításomat kiegészítő egészségpénztári szolgáltatás igénybe vétele útján a Danubius Egészség- és Önszegélyező Pénztára nevére, azonosítom és hozzátartozói kódja feltüntetése mellett kiállított számla ellenében felhasználja.

Tudomásul veszem, hogy **az önszegélyező szolgáltatásra való jogosultság megszűnésével közeli hozzátartozóm e jogosultsága is megszűnik.**

Kelt: helység, év,hó, napján.

.....
a nyilatkozattevő pénztártag saját kezű aláírása

Záradék - Egészségpénztár tölti ki:

Alulírott Danubius Egészség- és Önszegélyező Pénztár ezennel tudomásul vettük, hogy az egészség számla tulajdonos pénztártag az itt megjelölt közeli hozzátartozó (kat) egészség számlája terhére elszámolandó szolgáltatás igénybe vételére feljogosította, az alábbi záradék keltezésétől kezdődő időponttól:

Dátum..... év, hó, napján.

.....
DANUBIUS Egészség- és Önszegélyező Pénztár