BUDAI
EGÉSZSÉGPÉNZTÁR

1535 Budapest, Pf.: 928.

Telefon és fax: (1) 200-3913
E-mail: iroda@budaiep.hu
Honlap: www.budaiep.hu

TÁPPÉNZKIEGÉSZÍTÉS IGÉNYLŐLAP

Alulírott_____ (Pénztártag neve)
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (tagazonosító száma)
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (adóazonosító jel)
ezúton igénylem a Budai Egészségpénztár Szolgáltatási és Elszámolási Szabályzat VI. fejezet 6.2 pontja értelmében nyújtható, „kieső jövedelem teljes vagy részbeni pótlása betegség miatti keresőképtelenség esetén" című szolgáltatást.

MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS

Alulírott _____ (olvasható név, beosztás), mint fenti munkavállaló munkáltatója
_____(a cég neve, címe, adószáma, amennyiben a pecsét nem tartalmazza) igazolom, hogy a munkavállaló az egy naptári éven belül járó a betegszabadságát már igénybe vette, és ezen felül
20……. (év) ____ (hó) ____ (nap) és 20…… (év) ____ (hó) ____ (nap)
közötti időszakban társadalombiztosítás által fizetett táppénzellátásra volt jogosult. Táppénzellátása és az előző 12 havi átlagkeresetének különbözete, mint kieső jövedelem összege _____ Ft, azaz _____ (betűvel) forint.
_____, 20….._____

_____
munkáltató aláírása, bélyegző

Kérem az Egészségpénztárat, hogy munkáltatóm által igazolt összegből _____ Ft, azaz _____ (betűvel) forint
összeget egyéni számlámról juttassák el részemre az alábbiak szerint:
(Kérjük, jelölje x-szel, ahova a pénz eljuttatását kéri!)
Bank:☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ -☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐-☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Lakcím: _____

Tudomásul veszem, hogy
1. amennyiben fedezetlenség esetén az egyéni számlámon a teljes összeg nem áll rendelkezésre, az igényelt összeg kifizetése késedelmet szenvedhet addig, amíg a számlára való befizetéssel az igényelt teljes összeget egyszerre ki lehet egyenlíteni.
2. jelen igénylésem csak a munkáltatóm által a táppénzellátásra jogosultságom időszakáról és a különbözeti összegről kiállított, eredeti, cégszerű aláírást és pecsétet tartalmazó igazolással együtt fizethető ki.

Kelt: _____, 200_. _ _ hó _ _ nap

_____
tag aláírása