ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Bejelentő lap TAJ számmal rendelkező személy részére, aki EGT tagállamban vagy egyezményes államban biztosított

A bejelentésre kötelezett TAJ száma				-				-			

Viselt (házassági) családi név: [Dr.]			
utónév/utónevek 1.		2.	

Születési családi név			
utónév/utónevek 1.		2.	

Anyja születési családi neve			
utónév/utónevek 1.		2.	

Születési ország		Helye, város	

Születési ideje		év		hó		nap		Neme	

Állampolgársága	

Lakóhely							
irányítószám		település neve					
közterület neve		jellege		házszám		em., ajtó	

Magyarországi levelezési címe							
irányítószám		település neve					
közterület neve		jellege		házszám		em., ajtó	

Biztosítás helye szerinti ország	
Külföldi biztosító megnevezése	
Külföldi biztosítási száma	

Külföldi biztosítás jogcíme (munkaviszony/önálló vállalkozói viszony/egyéb)	

Külföldi biztosítás kezdete		év		hó		nap

Külföldi biztosítás vége*		év		hó		nap

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.								
Település		dátum:		év		hó		nap
			Aláírás:					

Hivatal tölti ki!

Érkeztetési szám		dátum																
								Ügyintéző aláírása:										

Iktatószám		dátum																
								Ügyintéző aláírása:										

*A biztosítás megszűnésének tényleges időpontját kell bejelenteni, melyhez a külföldi biztosító vagy a nemzetközi szervezet által kiadott, a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek szerinti formanyomtatványt vagy egyéb igazolást köteles csatolni a biztosítási időszakról.

NEU.70