Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi lakóhely** (illetve lakcímkártyán szereplő érvényes tartózkodási hely) szerint illetékes **kormányhivatal egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani, Budapest és Pest megye esetében Budapest Főváros Kormányhivatala egészségbiztosítási pénztári feladatkörben eljáró főosztályához (Teve u. 1/a-c).

**Bejelentő lap TAJ számmal rendelkező személy részére, aki**

**EGT tagállamban, Svájcban, 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Magyarországi lakóhelye | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | |  | | | | | |

**\*** **Kötelezően kitöltendő**! A kezdet bejelentésekor a biztosítási vége adatot nem kell előre megadni.

**\*\*** A biztosítás megszűnésének bejelentésekor – annak tényleges időpontját – kötelező feltüntetni, amelyhez a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek szerinti formanyomtatványt (pl.: E104/S041), vagy a külföldi biztosító által kiadott egyéb igazolást **köteles csatolni** a biztosítási időszakról. Amennyiben a biztosítók közötti kötelező elektronikus kapcsolattartás miatt nem áll módjában az EGT tagállamban, illetve Svájcban lévő biztosítója által kiállított igazolást csatolni, akkor az eljárásra illetékes kormányhivatal az igazolást hivatalból beszerzi.