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.