# Nyilatkozat biztosítási időről

Név: …………………………………………………………………………………………………………………………….......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAJ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Adóazonosító jel: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nyilatkozom, hogy ………………………-tól ……………………….-ig terjedő időszakban az alábbiak szerint állt fent a biztosításom:

* Foglalkoztató neve: ……………………………………………………………………………………………………

Biztosítási idő: ……………………………….-tól ……………………………-ig (eredeti jövedelemigazolást kérjük csatolni)

* Foglalkoztató neve: ……………………………………………………………………………………………………

Biztosítási idő: ……………………………….-tól ……………………………-ig (eredeti jövedelemigazolást kérjük csatolni)

* Munkanélküli ellátásban részesültem: ….……………………………….-tól …..…………………………….-ig
* Oktatási intézmény (közép- vagy felsőfokú) nappali tagozatos tanulója (hallgatója) voltam: ………………………………………………..-tól …………………………………………………… -ig
* Egyéni vállalkozói, mezőgazdasági őstermelői jogviszony:(a megfelelő részt kérjük X jelzéssel ellátni!)
* nem voltam egyéni vállalkozó/ mezőgazdasági őstermelő
* egyéni vállalkozói/ mezőgazdasági őstermelői jogviszonyom: (a megfelelő választ kérjük dátummal kiegészíteni!)
* ……………………………………….. -től jelenleg is fennáll,
* ……………………………………….. -én megszűnt

Az alábbi időszakokban biztosítási jogviszonnyal nem rendelkeztem:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig

* Nyugdíjban, rokkantsági nyugdíjban, rehabilitációs járadékban: (a megfelelő részt kérjük X jelzéssel ellátni!)
* nem részesülök
* részesülök: …………………………………………..-tól jelenleg is
* részesültem: …………………………………………-tól …………………………………………….-ig
* Biztosítási jogviszony megszűnését követően táppénzben, CSED - ben, GYED - ben
* részesültem: ………………………………………….-tól ……………………………………………-ig
* Gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban, ápolási díjban részesülök:
* nem részesülök
* részesülök: …………………………………………….-tól jelenleg is
* részesültem: ………………………………………….-tól ……………………………………………-ig

A nyilatkozattal egyidejűleg megküldöm a fent megjelölt jogviszonyaimban kiadott az Igazolvány a biztosítási jogviszonyról és az egészségbiztosítási ellátásról kiskönyvemet, valamint az iskolalátogatásról szóló igazolást. Amennyiben a munkanélküli ellátás folyósításának időpontja nem került bevezetésre az Igazolványomba, úgy ennek folyósítása időtartamát igazoló határozatot is mellékelten megküldöm.

A fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

# Dátum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

aláírás