

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni.

Csillaggal (\*) jelölt mezők kitöltése kötelező!

**1. Pénztártag adatai**

Pénztártag neve*																							
Születési idő*														Tagi azonosító									

**2. Megváltozott PÉNZTÁRTAGI adatok bejelentése**

Új név																								
<i>Névváltozás esetén nem készül automatikusan új Egészségkártya, csak abban az esetben, ha azt a Kártyaigénylő nyomtatványon kéri.</i>																								
Új személyi azonosító okmány típusa	<input type="checkbox"/> személyazonosító igazolvány		<input type="checkbox"/> útlevél		Azonosító okmány érvényessége																			
Új személyi azonosító okmány száma														Új Lakcímkártya száma										
Új állandó lakcím <small>(külföldi állampolgár esetén a tartózkodási hely)</small>	Irányítószám				Település																			
	Utca, házszám																							
Új levelezési cím	Irányítószám				Település																			
	Utca, házszám																							
Új bankszámlaszám																								
<i>Tudomásul veszem, hogy a Pénztár az itt megadott bankszámlát rögzíti nyilvántartásában az elszámoltatni kívánt számlák ellenértékének átutalásához és a korábban bejelentett bankszámlaszámomra további kifizetés nem történik.</i>																								
Új e-mail cím														Új Telefonszám										

**3. Korábban bejelentett SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT közeli hozzátartozó adatváltozásának bejelentése**

Hozzártartozó neve																																
Hozzártartozó ÚJ neve																																
Születési idő																									Hozzártartozói jelleg:	<input type="checkbox"/> Házastárs	<input type="checkbox"/> Élettárs	<input type="checkbox"/> Gyermeke	<input type="checkbox"/> Szülő	<input type="checkbox"/> Unoka	<input type="checkbox"/> Testvér	<input type="checkbox"/> Nagyszülő, Dédszülo

**4. Korábban bejelentett HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT adatváltozásának bejelentése**

Haláleseti kedvezményezett adataiban történt változás esetén kérjük töltsön ki új Haláleseti kedvezményezett rendelkezés nyomtatványt. A nyomtatvány a Pénztár honlapjáról letölthető.

Ezúton kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Továbbá kötelezem magam, hogy a közölt adatokban bekövetkező mindennemű változást 5 munkanapon belül írásban bejelentek az egészségpénztárnak. Tudomásul veszem, hogy e tájékoztatói kötelezettség elmulasztásából vagy hibás adatközlésből eredő károkat az egészségpénztár felelősséget nem vállal.

A Pénztár honlapján ([www.medicareegeszsegpenzta.hu](http://www.medicareegeszsegpenzta.hu)) közzétett [Adatkezelési Tájékoztatót megismertem](#), elolvastam, és az abban foglalt előzetes tájékoztatás alapján a jelen bejelentésben közölt és megváltozott személyes adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Pénztárba belépő aláírása

**FONTOS!** \* A csillaggal jelölt adatok változása esetén kérjük csatolni a személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevél) és a lakcímkártya első oldalának, vagy tartózkodási engedély másolatát. Ezen dokumentumok hiányában jogszabályi előírás miatt a Pénztár nem nyújthat szolgáltatást!

Pénztár tölti ki!

Az adatmódosítást a Medicare Egészségpénztár feldolgozta.

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Medicare Egészségpénztár