

Új belépő/átlépő részére a Medicare Egészségkártya elkészítése automatikus, az igénylő kitöltése **nem** szükséges!

Belépést követően a Pénztár tagjai számára **ingyenesen megküldi** az Egészségkártyáját a levelezési címére, amennyiben az egyéni számláján legalább kéthavi alaptagdíjnak megfelelő összeg (jelenleg 1.000 forint) rendelkezésre áll.

Igénylő Pénztártag adatai

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKEL** kitölteni, a csillaggal jelölt adatok kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*											Tagi azonosító			
Születési idő*				év				hó			nap	Születési hely*		
E-mail cím:														

Ezúton megrendelem a Medicare Egészségkártyát/Társkártyát a Medicare Egészségpénztártól (megfelelőt kérjük jelölni!)

Saját részemre, mert

elveszett/ellopott/megsérült/megsemmisült a kártya

névváltozás miatt új kártyát szeretnék

egyéb, és pedig:

(Névváltozásnál Adatváltozás bejelentő nyilatkozatot is töltsse ki)

Szolgáltatásra jogosult részére, akit ezúton társkártyabirtokosként jelölök meg és ezúton nyilatkozom, hogy a megjelölt közeli hozzátartozóm jogosult az egyéni számlám terhére pénztári szolgáltatást igénybe venni:

Társkártyabirtokos (szolgáltatásra jogosult) adatai:

Társkártya birtokos neve*											Születési ideje*		
Kártyára írott név (szóközzel max. 26 karakter)													
Levelezési cím (ahová a társkártya kipoztázását kéri)*	Irányítószám				Település								
	Utca, házsám												

Társkártya igénylés kizárólag a Pénztárba bejelentett szolgáltatásra jogosult részére lehetséges. Amennyiben a fentiekben megjelölt közvetlen hozzátartozó még nem bejelentett szolgáltatásra jogosult, az alábbi adatok megadása is szükséges:

Születési neve*											*Hozzátartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):
Anyja születési neve*											<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Nagyszülő, dédnagyszülő <input type="checkbox"/> Testvér

¹Vonatkozó jogszabályok alapján szolgáltatásra jogosultként **kizárólag közeli hozzátartozó** (házastárs; egyeneságbeli rokon; örökbefogadott, mostoha- és neveltgyermek; örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő, valamint testvér) és **élettárs** jelölhető.

Alulírott Egészségkártya/Társkártya igénylő kijelentem, hogy a Pénztár Alapszabályát, Kártyahasználati Szabályzatát megismertem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a **megrendelt kártya díja 1.000 Ft**, amely az egyéni számláról kerül levonásra.

Tudomásul veszem, hogy a társkártyával igénybe vett életmódjavító vagy nem jogszerű szolgáltatás **adókötelezettsége is minden esetben engem, mint pénztártagot terhel.** Tudomásom van arról, hogy a **társkártya kibocsátásának a feltétele érvényes és aktív főkártya megléte**, ennek hiányában a Pénztár jelen kérelmemet nem teljesíti. Kijelentem, hogy az egyéni egészség számlán a megfelelő fedezetet biztosítom, tudomásom van arról, hogy ellenkező esetben a kártya igénylése késedelmet szenvedhet.

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy a kártya/társkártya elfogadója a számlát közvetlenül, az adatvédelmi jogszabályok figyelembevételével a Pénztár részére küldi meg kiegyenlítés végett.

Az igénylőlap aláírásával hozzájárulok, hogy az egészségkártya/társkártya elkészítéséhez és használatához szükséges adatokat a Pénztár a személyes adatok védelméről szóló törvény előírásainak megfelelően kezelje, feldolgozza és a kártya szolgáltatója részére továbbítsa, aki azokat az egészségkártya elkészítésével és üzemeltetésével kapcsolatban használhatja fel.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és a fentiekben megjelölt személyek tekintetében a jogszabály szerint előírt közeli hozzátartozói viszony fennáll. Aláírásommal elismerem, hogy az Pénztár honlapján (www.medicareegeszsegpenztar.hu) megtalálható **Adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót** megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem. Amennyiben az általam megadott személyes adatok harmadik személytől származnak (szolgáltatásra jogosult társkártya birtokos), elismerem, hogy rendelkezem az érintett(ek) felhatalmazásával személyes adataik Pénztár részére történő átadásához, valamint részükre az adatkezeléssel összefüggő tájékoztatást megadtam, és **gondoskodom arról, hogy a Társkártyabirtokos a Pénztár Alapszabályát, Kártyahasználati Szabályzatát megismerje.**

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Pénztártag aláírása

Kérjük a nyomtatványt aláírást követően küldje meg eredeti formában postai úton, vagy adja le bármelyik Medicare recepción, vagy küldje el e-mailen az avdhuqyintezes@medicareep.hu e-mail címre.