

1. Pénztártag adatai

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni, a csillaggal (*) jelölt adatok kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*											Tagi azonosító					
Születési idő*					év					hó			nap	Születési hely*		

2. Szolgáltatás igénybevételére jogosult közeli hozzátartozók

Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbi közeli hozzátartozóim jogosultak egyéni számlám terhére pénztári szolgáltatást igénybe venni:

Közeli hozzátartozó neve*																
Születési név*											*Hozzátartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):					
Anyja születési neve*											<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermekek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Nagyszülő, dédnagyszülő <input type="checkbox"/> Testvér					
Születési idő *					év					hó			nap	Születési hely *		
Tartózkodási hely (levelezési cím):	Irányítószám								Település							
	Utca, házsám															

Közeli hozzátartozó neve*																
Születési név*											*Hozzátartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):					
Anyja születési neve*											<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermekek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Nagyszülő, dédnagyszülő <input type="checkbox"/> Testvér					
Születési idő *					év					hó			nap	Születési hely *		
Tartózkodási hely (levelezési cím):	Irányítószám								Település							
	Utca, házsám															

Közeli hozzátartozó neve*																
Születési név*											*Hozzátartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):					
Anyja születési neve*											<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermekek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Nagyszülő, dédnagyszülő <input type="checkbox"/> Testvér					
Születési idő *					év					hó			nap	Születési hely *		
Tartózkodási hely (levelezési cím):	Irányítószám								Település							
	Utca, házsám															

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

A korábban bejelentett jogosultság **törlését** kérem:

Közeli hozzátartozó neve:											Születési idő					év					hó			nap
Közeli hozzátartozó neve:											Születési idő					év					hó			nap

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. Aláírással elismerem, hogy az Pénztár honlapján (www.medicareegeszsegpenztar.hu) megtalálható [Adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót](#) megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Rögzítés dátuma: _____

Rögzítette: _____