

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

Belépést után a legyártását követően a Pénztár tagjai a Pénztár recepcióján tudják átvenni az Egészségkártyájukat, **abban az esetben, ha az egyéni számláján legalább egyhavi alaptagdíjnak megfelelő összeg (jelenleg 2.000 forint) rendelkezésre áll.**

Igénylő Pénztártag adatai

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

Pénztárg tag 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/ellopták/megsérült/megsemmisült a kártya
- ☐ egyéb, éspedig:

☐ névváltozás miatt új kártyát szeretnék

(Névváltozásnál Adatváltozás bejelentő nyilatkozatot is töltse 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:

[illegible]

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*		*Hozzá tartozói jelleg¹ (megadása kötelező!): ☐ Házastárs ☐ Élettárs ☐ Gyermekek ☐ Szülő ☐ Unoka ☐ Nagyszülő, dédnagyszülő ☐ Testvér
Anyja születési neve*		

¹Vonatkozó jogszabályok alapján szolgáltatásra jogosultként **kizárólag közeli hozzátartozó** (házastárs; egyeneságbeli rokon; örökbefogadott, mostoha- és neveltvermek; 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 2.000 Ft**, amely az egyéni számláról kerül levonásra.

Tudomásul veszem, hogy a társkárttyával igénybe vett életmódjavító vagy nem jogszerű szolgáltatás **adókötelezettsége is minden esetben engem, mint pénztáratagot terhel**. Tudomásom van arról, hogy a **társkárttya kibocsátásának a feltétele érvényes és aktív főkárttya megléte**, ennek hiányában a Pénztár jelen kérelmemet nem teljesíti. Kijelentem, hogy az egyéni egészségszámlán 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. Aláírással 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 el e-mailen az info@medicareep.hu e-mail címre, vagy adja le bármelyik Medicare recepción.