ADATVÁLTOZÁS BEJELENTÉSE

*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																		
Névváltozás esetén nem készül automatikusan új Egészségkártya, csak abban az esetben, ha azt a Kártyaigénylő nyomtatványon kéri.																		
ÚJ személyi azonosító okmány típusa	☐ személyazonosító igazolvány ☐ útlevél ☐ kártya formátumú vezetői engedély										Azonosító okmány érvényessége				év			hó
ÚJ személyi azonosító okmány száma											ÚJ Lakcímkártya száma							
ÚJ állandó lakcím *(külföldi állampolgár esetén a tartózkodási hely)*	Irányítószám				Település													
	Utca, házszám																	
ÚJ levelezési cím	Irányítószám				Település													
	Utca, házszám																	

ÚJ bankszámlaszám									-								-									
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.																										

ÚJ e-mail cím		ÚJ Telefonszám	

3. Korábban bejelentett SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT közeli hozzátartozó adatváltozásának bejelentése

Hozzátartozó neve												
Hozzátartozó ÚJ neve												
Születési idő											Hozzátartozói jelleg:	☐ Házastárs ☐ Élettárs ☐ Gyermek ☐ Szülő ☐ Unoka ☐ Testvér ☐ Nagyszülő, Dédszülő

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 tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából vagy hibás adatközlésből eredő károkért az egészségpénztár felelősséget nem vállal.

A Pénztár honlapján (www.medicareegeszsegpenztar.hu) közzétett Adatkezelési Tájékoztatót megismertem, elolvastam, és az abban foglalt előzetes tájékoztatás alapján a jelen bejelentésben közölt és megváltozott személyes adataim kezeléséhez is hozzájárulásomat adom.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ___ nap

Pénztárba belépő aláírása

FONTOS! Amennyiben személyazonosító igazolványában vagy lakcímkártyáján bármilyen adat megváltozik, kérjük, küldje meg az érintett dokumentum mindkét oldalának másolatát. A szükséges dokumentumok hiányában a Pénztár jogszabályi előírás alapján nem nyújthat szolgáltatást.

Pénztár tölti ki!

Az adatmódosítást a Medicare Egészségpénztár feldolgozta.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ___ nap

Medicare Egészségpénztár