MEDICOVER Egészségpénztár

ADATVÁLTOZÁS BEJELENTÉSE

*Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni.*

1. Pénztártag adatai

Pénztártag neve		Tagi azonosító	
Születési idő		Születési hely	
Anyja születési neve			

2. Megváltozott PÉNZTÁRTAGI adatok bejelentése

ÚJ név*				
ÚJ személyi azonosító okmány típusa*	☐ személyazonosító igazolvány ☐ útlevél ☐ kártya formátumú vezetői engedély		Azonosító okmány érvényessége	év hó nap
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:		Születési idő	év hó nap
Hozzátartozó ÚJ neve			

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.medicoveregeszsegpenztar.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! * 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 Medicover Egészségpénztár feldolgozta.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ___ nap

Medicover Egészségpénztár