

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														
<i>Névváltozás esetén nem készül automatikusan új Egészségkártya, csak abban az esetben, ha azt a Kártyaigénylő nyomtatványon kéri.</i>														
ÚJ személyi azonosító okmány típusa	<input type="checkbox"/> személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> útlevél <input type="checkbox"/> kártya formátumú vezetői engedély		Azonosító okmány érvényessége									év	hó	nap
ÚJ személyi azonosító okmány száma			ÚJ Lakcímkártya száma											
ÚJ állandó lakcím <small>(külföldi állampolgár esetén a tartózkodási hely)</small>	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:	<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermeke <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Testvér <input type="checkbox"/> Nagyszülő, Dédszüelő	

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 a tájékoztató 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