

*Please fill in this form in CAPITAL LETTERS***1. Pénztártag adatai – Data of the Fund Member***Data marked with an asterisk (*) are mandatory. Please sign all pages!*

Pénztártag neve*/ Name														
Születési idő*/ Date of birth												Tagi azonosító/ Fund Member ID		

2. Megváltozott PÉNZTÁRTAGI adatok bejelentése – Reporting changed data of the FUND MEMBER

ÚJ név/ NEW name													
<i>In the event of a name change, a new Health Card is not automatically created, only if you request it on the Card Application form.</i>													
ÚJ személyi azonosító okmány típusa/ Type of NEW ID document	<input type="checkbox"/> identity card		<input type="checkbox"/> passport		Azonosító okmány érvényessége/ Validity of ID								
	<input type="checkbox"/> driver's license						y		m		d		
ÚJ személyi azonosító okmány száma/ Number of the NEW ID					ÚJ Lakcímkártya száma/ NEW Address card number								
ÚJ állandó lakcím/ NEW permanent address	Irányítószám/ Postcode				Település/ City								
	Utca, házszám/ St name, number												
ÚJ levelezési cím/ NEW mailing address	Irányítószám/ Postcode				Település/ City								
	Utca, házszám/ St name, number												
ÚJ bankszámlaszám/ NEW Bank account No.													
<i>I understand that the Fund registers the bank account specified here in its records for the transfer of the value of the invoices to be settled and that no further payments will be made to my previously declared bank account number.</i>													
ÚJ e-mail cím/ NEW email address							ÚJ Telefonszám/ NEW phone number						

3. Korábban bejelentett SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT közeli hozzátartozó adatváltozásának bejelentése – Reporting changed data of previously announced close relatives ENTITLED TO USE THE SERVICE

Hozzártartozó neve/ Name of close relative													
Hozzártartozó ÚJ neve/ NEW name of close relative													
Születési idő/ Date of birth												Hozzártartozó jellege/ Relationship	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandchild <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Grandparent, great grandparent

**4. Korábban bejelentett HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT adatváltozásának bejelentése
Data change of previously announced DEATH BENEFICIARY**

In case of a change in the details of the Fund beneficiary, please fill out a new Death Beneficiary form. The form can be downloaded from the website of the Fund.

I hereby declare that the above data correspond to reality. I also undertake to notify the health fund in writing of any changes in the provided data within 5 working days. I understand that the Health Fund does not assume responsibility for damages resulting from the failure to provide this information or incorrect information.

I have read and understood the [Privacy Policy](#) published on the Fund's website (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), and based on the preliminary information contained therein, I also give my consent to the processing of my personal data disclosed and changed in this notice.

Date: _____, _____ year ____ month ____ day

Signature of the person entering the Fund**IMPORTANT! *If the data marked with an asterisk changes, please attach a copy of the identity document (ID card/driver's license/passport) and the first page of the address card or residence permit. In the absence of these documents, due to legal requirements, the Fund cannot provide services!***Pénztár tölti ki! The Fund fills this out!*

Az adatmódosítást a Medicover Egészségpénztár feldolgozta.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Medicover Egészségpénztár