Telepatika +36-1 210-9790 www.patikapenztar.hu

PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
TÁRSKÁRTYA IGÉNYLŐ LAP

PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR ...az Igazi

PEP2022/02/T/02

Társkártyabirtokosként (egyben szolgáltatásra jogosult kedvezményezettként) 14 éven felüli közeli családtagját jelölheti meg, aki az Ön egyéni számlájához kapcsolódó patikakártyával veheti igénybe az egészségpénztár szolgáltatásait. A Ptk. szerint közeli hozzátartozó a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbefogadott-, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér és a Pénztártörvény alapján az élettárs. A társkártya díja 2 500 Ft, mely az igénylőlap beérkezését követően automatikusan levonásra kerül a pénztártag egészségszámlájáról. Ahhoz, hogy az egyenlegén rendelkezésre álljon ez az összeg, 2660 forintot kell befizetni figyelembe véve a működési költséglevonást. Ön bármikor jelölhet újabb társkártya-tulajdonost vagy visszavonhatja korábbi bejelentését.

A Pénztártagra vonatkozó általános adatok *(Az adatokat kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki!)*

Pénztártag neve

Születési név

Születési hely, idő | Adóazonosító jel

Személyi igazolvány szám | Telefonszám | E-mail cím

Új társkártya-tulajdonos adatai, a szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó megjelölése *(Társkártyára csak a 14. életévét betöltött személy jogosult.)*

Társkártya tulajdonos neve *(Kártyán szereplő név, maximum 27 karakter lehet szóközökkel együtt, kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki.)*

Születési név

Születési hely, idő | Személyi igazolvány szám

Anyja leánykori neve: | TAJ szám

Állandó lakcím | Állampolgárság

Rokonsági kapcsolata *(kérjük, jelölje x-szel a megfelelőt)*

- ○ házastárs, élettárs
- ○ egyenesági rokon *(szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka)*
- ○ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő
- ○ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek
- ○ testvér

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy szolgáltatásra való jogosultság megszűnését 30 napon belül be kell jelentem a Pénztárnak és a bejelentés elmulasztásából eredő hátrányokért a Pénztár nem vállal felelősséget.

Kelt: ..... , ☐☐☐☐ év ..... hó ☐☐ -n

.....
Pénztártag aláírása

Visszaküldendő:

- **postai úton:** Patika Egészségpénztár, székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18., levelezési cím: 1535 Budapest, Pf.: 861.
- **elektronikus úton:** AVDH hitelesítéssel ellátva az ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu e-mail címre. Az AVDH szolgáltatás alkalmazásáról részletesen honlapunkon a Nyomtatványok résznél tájékozódhat.