TÁRSKÁRTYA IGÉNYLŐ LAP
SUPPLEMENTARY CARD APPLICATION FORM

PEP2022/02/T/03/ENG

A társkártya birtokosként (egyben szolgáltatásra jogosult kedvezményezettként) megjelölt közeli családtag (a Ptk. által meghatározott közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, valamint a Pénztártörvény alapján az élettárs) az Ön egyéni számlájához kapcsolódó patikakártyát kap, amellyel igénybe veheti az egészségpénztár szolgáltatásait. A társkártya díja 2 500 Ft, amelyet 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 beneficiary entitled to a supplementary card and, at the same time, to services means that the close family member specified here (close relatives defined in the Civil Code are your spouse, lineal relative, adoptive child, stepchild and foster child, adoptive parent, stepparent and foster parent, and sibling as well as your cohabiting partner under the Funds Act) receives a supplementary card linked to your individual account, with which the supplementary card holder may also use the services of the health fund. The fee for the supplementary card is HUF 2,500, which will be automatically deducted from the health account of the fund member upon receipt of the application form. In order for this amount to be available on your balance, HUF 2,660 must be paid, taking into account the operating cost deduction. You can nominate a new companion cardholder or cancel your previous listing at any time.

A Pénztártagra vonatkozó általános adatok/*Fund Member's general details* (Az adatokat kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki!*Please fill in the details in block capitals.)*

Pénztártag neve /Fund Member's name

Születési név/Name at birth

Születési hely, idő/Place and date of birth | Adóazonosító jel/*Tax identification No*

Személyi igazolvány szám/*ID card No* | Telefonszám/*Phone* | E-mail

Új társkártya-tulajdonos adatai, a szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó megjelölése/*New supplementary card holder's details, specification of a close relative entitled to the services* (Társkártyára csak a 14. életévét betöltött személy jogosult/*Only persons over 14 years of age are entitled to a supplementary card.)*

Társkártya tulajdonos neve/*Supplementary card holder's name* (Kártyán szereplő név, maximum 27 karakter lehet szóközökkel együtt, kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki./*Name to be printed on the card, which may be maximum 27 characters including blank spaces. Please complete in block capitals.)*

Születési név/*Name at birth*

Születési hely, idő/*Place and date of birth* | Személyi igazolvány szám/*ID card No*

Anyja leánykori neve/*Mother's maiden name* | TAJ szám/*Social insurance No*

Állandó lakcím/*Permanent address* | Állampolgárság/*Citizenship*

Rokonsági kapcsolata/*Relationship* (Kérjük, jelölje x-szel a megfelelőt/*Please mark the appropriate alternative with an X.)*

- ☐ házastárs, élettárs/*spouse, cohabiting partner*
- ☐ testvér/*sibling*
- ☐ egyeneságbeli rokon/*lineal relative* (szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka/*parent, grandparent or great-grandparent or child, grandchild or great-grandchild)*
- ☐ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő/*adoptive parent, stepparent and foster parent*
- ☐ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek/*adoptive child, stepchild and foster child*

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./*I declare that the above details are true and correct. I acknowledge that I have to notify the Fund of the termination of my entitlement to the services within 30 days and the Fund does not assume liability for any detriment arising from failure to notify.*

Kelt/*Date:*_____

Pénztártag aláírása/*Fund Member's signature*

!Az igénylőlapot postán a 1535 Budapest, Pf.: 861 címre vagy AVDH hitelesítéssel az ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu e-mail címre küldje vissza./The application form should be sent by post to H-1535 Budapest, Pf.: 861 or send it to ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu with AVDH (Identification Based Document Authentication) authentication.