



Székhely:
 Levelezési cím:
 Ügyfélszolgálat:
 Telefon:
 Számlaszám:
 Adószám:

1056 Budapest, Váci u. 38.
 MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár, 1821 Budapest
 Budapest, XIII. ker. Dévai u. 23.
 (1) 268-7614 Telefax: (1) 268-7002
 10300002 – 20177920 - 00003285
 18232761-1-41 Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-65568/2013.

GONDOSKODÁS SZOLIDÁRIS ALAP / CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS REGISZTRÁCIÓS LAP

Amennyiben a megadott elérhetőségi adatok a nyilvántartásunktól eltérőek, azok az itt szereplőknek megfelelően kerülnek módosításra.

Pénztártag neve																										
Pénztártag adóazonosító jele														Pénztártag tagi azonosítója:												
Levelezési cím:																										
Telefonszám:																							E-mail cím:			

1.) Pénztártagra vonatkozó nyilatkozat *(Csak akkor töltendő ki, amennyiben korábban lemondta az Egészségbiztosítást!)*

Magam részére **újra igénylem** a következő év első napjától a Gondoskodás Egészségbiztosítást

2.) Szolgáltatásra jogosult (Társbiztosított)ra vonatkozó nyilatkozat

(Csak bejelentett szolgáltatásra jogosult részére igényelhető a Gondoskodás Egészségbiztosítás!)

Az alábbi korábban bejelentett szolgáltatásra jogosult(ak) részére kérem a Gondoskodás Egészségbiztosítást:

Társbiztosított (1) hozzátartozó neve:																				
Születési dátuma:														Születési neve:						
Adóazonosító jele:														Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap 01. naptól						

Társbiztosított (2) hozzátartozó neve:																				
Születési dátuma:														Születési neve:						
Adóazonosító jele:														Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap 01. naptól						

Társbiztosított (3) hozzátartozó neve:																				
Születési dátuma:														Születési neve:						
Adóazonosító jele:														Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap 01. naptól						

Alulírott Pénztártag

- jelen nyilatkozatommal **csatlakozni kívánok, mint Biztosított/csatlakoztatni kívánom a megjelölt Szolgáltatásra Jogosult hozzátartozó(i)mat, mint Társbiztosított(ak)at az MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár (továbbiakban Pénztár) és a UNIQA Biztosító Zrt.** (Székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74., adószáma: 10456017-4-44) (továbbiakban Biztosító) közötti csoportos egészségbiztosítási szerződéséhez, a Pénztár Gondoskodás Szolidáris Alapján keresztül,
- hozzájárulok, hogy a Pénztár a Biztosító részére a megadott időponttól határozatlan ideig az egészségpénztári egyéni számlámról és/vagy munkáltatóm célzott szolgáltatási számlája terhére évente a közölt éves biztosítási díj összegét zárolja, majd sikeres zárolást követően havonta a havi díj összegét átutalja a Biztosító részére.

Alulírott Pénztártag jelen regisztrációs lap aláírásával nyilatkozom, ill. **tudomásul veszem és vállalom** mind a **saját**, mind a fent megjelölt **Szolgáltatásra Jogosult hozzátartozó(i)m vonatkozásában**, hogy:

- a „Gondoskodás Szolidáris Alap” Csoportos Egészségbiztosítás szolgáltatási csomag tartalmát megismertem,
- a szolgáltatásra vonatkozó, a Pénztár és Biztosító által meghirdetett ajánlatot megismertem, a Gondoskodás Csoportos Egészségbiztosítás Feltételeit, valamint az eljárási szabályokat ismerem, elfogadom,
- amennyiben a biztosítás esedékes díját a Pénztár nem tudja zárolni az egészségpénztári számlámon, vagy a Munkáltató célzott szolgáltatási számláján, úgy a Biztosító kockázatviselése megszűnik a díj meg nem fizetésével érintett hónap első napjától, és csak azon hónapot követő hó első napján indul újra, mely hónapban az elmaradt díja(ka)t visszamenőleg és az esedékes díjakat előzetesen a Pénztár zárolni tudja és Biztosítóknak megfizeti,
- lehetőségem van díjtétel változás esetén lemondani, illetve további zárolással fenntartani a biztosítást,
- a Biztosító által nyújtott szolgáltatás tényleges igénybevételét a Biztosítóval, egészségügyi szolgáltatóval közvetlenül, a Pénztár kihagyásával intézem, ide értve az esetleges reklamációkat is,
- az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének biztosítása érdekében az ahhoz szükséges mértékben a Pénztár a Biztosítóknak, a Biztosító az ellátásszervezőnek átadhatja adataimat/adatainkat,
- a Biztosító a biztosítási szolgáltatás ellenértékét a Pénztáron keresztül fizeti meg az egészségügyi szolgáltatóknak az erre vonatkozó minden további intézkedésem nélkül.

....., 20.... év hó nap

.....
Pénztártag aláírása