ÚJ PILLÉR EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
TÁRSKÁRTYA IGÉNYLŐ LAP

UP2021/02/T/02

A társkártyára, egyben szolgáltatásra jogosult kedvezményezett azt jelenti, hogy az itt 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 kapcsolódóan társkártyát kap, amellyel a társkártya tulajdonosa is igénybe veheti az egészségpénztár szolgáltatásait. A társkártya egyszeri díját (kártyánként 2 500 Ft-ot) az Új Pillér Egészségpénztár bankszámlájára (CIB 10700024-43040607-51100005) kell befizetni. A közlemény rovatban az alábbiakat tüntesse fel: „TK" valamint a főkártya-tulajdonos adóazonosítóját és nevét. A társkártya akkor kerül legyártásra, ha az igénylő lap és a társkártya egyszeri díja a Pénztárhoz megérkezik. Újabb társkártya-tulajdonos bármikor jelölhető, ill. vissza is vonható.

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 ◯ egyeneságbeli 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: faxon (+36 1 210 9778), postai úton az Új Pillér Egészségpénztár címére (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18, levelezési cím: 1535 Budapest Pf. 861.) vagy e-mailen az ugyfelszolgalat@ujpiller.hu címre.