COMPLEX CARE
KEDVEZMÉNYEZETTEK JELÖLÉSE, MÓDOSÍTÁSA, TÖRLÉSE

TAG ADATAI

Alulírott kijelentem, hogy az alábbi közeli hozzátartozó(i)mat csatlakoztatom a Complex Care közösségi tartalékhoz, valamint szolgáltatási kedvezményezettként jelölöm meg. A kedvezményezettekre vonatkozó Complex Care közösségi tartalék díját az egyéni számlámról fizettem meg.

Név _____ Tagazonosító _____

Születési név _____ Anyja születési neve _____

Állandó lakcím _____

Levelezési cím _____

COMPLEX CARE KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI (I.)

☐ új jelölés ☐ módosítás ☐ törlés

Név _____

Születési név _____

Születési hely _____ Születési idő _____

Anyja születési neve _____

TAJ szám _____ Állampolgárság _____

Állandó lakcím _____

Complex Care kedvezményezett közeli hozzátartozói minősége

☐ házastárs ☐ élettárs ☐ nagyszülő ☐ szülő* ☐ gyermek** ☐ testvér ☐ unoka

* örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő is ** örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek is

COMPLEX CARE KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI (II.)

☐ új jelölés ☐ módosítás ☐ törlés

Név _____

Születési név _____

Születési hely _____ Születési idő _____

Anyja születési neve _____

TAJ szám _____ Állampolgárság _____

Állandó lakcím _____

Complex Care kedvezményezett közeli hozzátartozói minősége

☐ házastárs ☐ élettárs ☐ nagyszülő ☐ szülő* ☐ gyermek** ☐ testvér ☐ unoka

* örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő is ** örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek is

NYILATKOZATOK

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, valamint közeli hozzátartozóim személyes adatait az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár és szerződött partnerei a jogszabályoknak megfelelő módon nyilvántartsa és kezelje.

Felhatalmazom a Pénztárt, hogy a megjelölt Complex Care kedvezményezettek után a Complex Care szolgáltatások díját, amely jelen kedvezményezett jelölés időszakában 19.900 Ft/hó/fő, minden hónap első munkanapján az egyéni számlámról a közösségi számla javára levonja. Tudomásul veszem, hogy az első díj levonására a jelen jelölés Pénztárhoz való beérkezését követő hónapban kerül sor.

Kijelentem, hogy az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár Közösségi Szabályzatát, Elszámolási és Szolgáltatási Szabályzatát és Alapszabályát megismertem és a csatlakozással azok feltételeit elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy az Complex Care közösségi szolgáltatás nem minősül a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) hatálya alá tartozó biztosításnak, és az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár nem tartozik a Bit. hatálya alá tartozó intézmények közé.

Dátum _____

_____
Aláírás