

<b>Pénztártag azonosítója</b>	
Okmányok csatolva	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Az ügyfél kockázati szintje	<input type="checkbox"/> alacsony <input type="checkbox"/> átlagos <input type="checkbox"/> magas
Szankciós listában szerepel	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Megjegyzés:	

# BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni.

## 1. A Belépő adatai

A csillaggal (\*) jelölt adatok kitöltése kötelező. **Kérjük, valamennyi oldalt írja alá!**

Név*			
Születési név*			
Születési idő *		Születési hely*	
Anyja születési neve*			
Adóazonosító jel*		Állampolgárság*	<input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> külföldi: .....
Közszereplői nyilatkozat*	<input type="checkbox"/> NEM vagyok kiemelt közszereplő <input type="checkbox"/> IGEN, kiemelt közszereplő / kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója / kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok <i>IGEN válasz jelölése esetén a „Nyilatkozat a kiemelt közszereplői státuszról” nyomtatványt is kötelező csatolni!</i>		
Személyi azonosító okmány típusa*	<input type="checkbox"/> személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> útlevél <input type="checkbox"/> kártya form. vezetői engedély <input type="checkbox"/> egyéb: _____	Azonosító okm. érvényessége *	
Személyazonosító okmány száma*		Lakcímkártya száma*	
Állandó lakcím* <small>(külföldi állampolgár esetén a tartózkodási hely)</small>	Irányítószám		Település
	Utca, házszám		
Levelezési cím*	Irányítószám		Település
	Utca, házszám		
Bankszámlaszám <small>számlák ellenértékének átutalásához</small>			
E-mail cím			
Telefonszám			

## 2. Tagdíjfizetés

Alulírott vállalom, hogy legalább a Medicover Egészségpénztár Alapszabályában rögzített mindenkori egységes alaptagdíját, a fizetési határidők figyelembevételével megfizetem.

Tagdíjfizetés módja*	<input type="checkbox"/> egyénileg, banki átutalással vagy munkáltató által bérből történő befizetéssel <input type="checkbox"/> munkáltatói tagdíjvállalással
Egységes tagdíjon felül vállalt tagdíj összege:	_____ Ft, azaz _____ Ft

## 3. Munkáltató adatai – Kitöltése csak akkor szükséges, ha munkáltatója a tagdíj egy részének/egészének megfizetését átvállalja.

Hozzájárulok, hogy a Pénztár munkáltatóm kérésére tagságom tényéről (név, adóazonosító jel megadásával) információt adjon.

Munkáltató neve		Munkáltató címe	
-----------------	--	-----------------	--

## 4. Nyilatkozat más pénztárban fennálló tagságról

Alulírott a Pénztárba történő belépésem időpontjában más, azonos típusú pénztárnak tagja vagyok  igen  nem

Egy személy több azonos típusú pénztárnak is tagja lehet. A 4. pont kitöltése tagszervező útján történő belépés esetén kötelező. Átlépés a Medicover Egészségpénztárba a Pénztár honlapján található „Átlépési nyilatkozat” nyomtatványon kezdeményezhető.

A Belépési nyilatkozat valamennyi oldalát kérjük aláírni!

Pénztárba belépő aláírása

## 5. Szolgáltatás igénybevételére jogosult közeli hozzátartozók

Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbi hozzátartozóim jogosultak az egyéni számlám terhére pénztári szolgáltatást igénybe venni:

Közeli hozzátartozó neve			
Születési név		Hozzátartozói jelleg <sup>1</sup> (megadása kötelező!):	
Anyja születési neve		<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Testvér <input type="checkbox"/> Nagyszülő, Dédszülő	
Születési idő		Születési hely	
Közeli hozzátartozó neve			
Születési név		Hozzátartozói jelleg <sup>1</sup> (megadása kötelező!):	
Anyja születési neve		<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Testvér <input type="checkbox"/> Nagyszülő, Dédszülő	
Születési idő		Születési hely	
Közeli hozzátartozó neve			
Születési név		Hozzátartozói jelleg <sup>1</sup> (megadása kötelező!):	
Anyja születési neve		<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermek <input type="checkbox"/> Szülő <input type="checkbox"/> Unoka <input type="checkbox"/> Testvér <input type="checkbox"/> Nagyszülő, Dédszülő	
Születési idő		Születési hely	

Több személy megjelöléséhez a Pénztár honlapján található „Szolgáltatásra jogosultak megjelölése” nyomtatvány kitöltése lehetséges.

<sup>1</sup>A vonatkozó jogszabályok alapján **szolgáltatásra jogosult** a tag rendelkezése szerint **kizárólag közeli hozzátartozó**, azaz a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér és az élettárs lehet.

## 6. Elektronikus ügyintézés igénylése

Alulírott Pénztártag jelen nyilatkozattal felhatalmazom a Medicover Egészségpénztárt, hogy **elektronikus úton tartsa velem a kapcsolatot és elektronikus iratként küldje meg részemre a pénztári tagsági jogviszonyommal kapcsolatos dokumentumokat**. Tudomásul veszem, hogy igénylés esetén az elektronikus irat kézbesítéséről szóló értesítést a Pénztár az általam megadott e-mail címemre küldi meg, a dokumentumot pedig a Tagi portálon ([www.medicoveregeszsegpenztar.hu](http://www.medicoveregeszsegpenztar.hu)) tekinthetem meg.

**igen, kérem** az elektronikus ügyintézés

**nem kérem** az elektronikus ügyintézés

*igen válasz esetén az 1. pontban az e-mail cím megadása kötelező!*

## 7. Haláleseti kedvezményezettek megjelölése

Alulírott halálom esetére az alábbi személy(ek)e)t jelölöm haláleseti kedvezményezett(ként):

Kedvezményezett neve			
Születési név			
Születési idő		Születési hely	
Anyja születési neve		Jogosultság aránya <sup>2</sup>	%
Kedvezményezett neve			
Születési név			
Születési idő		Születési hely	
Anyja születési neve		Jogosultság aránya <sup>2</sup>	%

Kettőnél több haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez kiegészítő adatlap kitöltése lehetséges.

<sup>2</sup> Több személy megadása esetén a haláleseti kedvezményezettekhez tartozóan megadott százalékos jogosultsági (részesezési) arányok összege összesen 100% kell, hogy legyen!

**FONTOS!** Haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez és Elektronikus ügyintézés igénylése esetén legalább teljes bizonyító erejű magánokirat, azaz **legalább két tanú aláírása szükséges<sup>3</sup>**, anélkül a jelölés és az elektronikus ügyintézés igénylése nem fogadható el. **A megjelölt haláleseti kedvezményezett tanúként nem szerepelhet.**

Tanú1. neve		Tanú2. neve	
Tanú1. állandó lakcíme		Tanú2. állandó lakcíme	
Tanú1. aláírása		Tanú2. aláírása	

<sup>3</sup> Ügyfélkapun keresztül történt AVDH hitelesítés esetén a nyilatkozat teljes bizonyító erejű magánokiratnak minősül, ez esetben nem szükséges a két tanú aláírása.

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Pénztárba belépő aláírása

## 8. Adatkezeléssel kapcsolatos hozzájárulás

Alulírott önként, e nyilatkozatom visszavonásáig kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Medicover Egészségpénztár a fentiekben megadott, és a későbbiekben – azok esetleges megváltoztatása után – a nyilvántartott adataimat

A.) **marketing céllal kezelje**, így részemre a pénztári szolgáltatásokkal, ill. a Magyarországon működő Medicover cégek pénztári szolgáltatáshoz kapcsolódó szolgáltatásairól **hírlevelet küldjön, akciókról, új szolgáltatásokról tájékoztasson, egyedi ajánlatokkal keressen meg.**

E-mailben:  Igen  Nem      Telefonon:  Igen  Nem

B.) a Magyarországon működő **Medicover cégek**, azaz a Medicover Egészségközpont Zrt., Medicover Diagnosztikai Központ Zrt., M Dental Kft., Medicover Optika Kft., Medicover Aesthetica Központ Zrt., és a Medicover Egészségbiztosító: Medicover Försakrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe **részére átadja** abból a célból, azok részemre **hírlevelet küldjenek, akciókról, új szolgáltatásairól tájékoztassanak, egyedi ajánlatokkal keressenek meg.**

Részükre, az e célból történő közvetlen megkeresésemhez hozzájárulásomat adom.

E-mailben:  Igen  Nem      Telefonon:  Igen  Nem

Alulírott nyilatkozom, hogy a Medicover Egészségpénztár tagjává kívánok válni. Kijelentem, hogy a Pénztár Alapszabályát megismertem és magamra nézve kötelezőnek fogadom el, továbbá, hogy saját nevemben és saját javamra járok el.

Vállalom az egységes tagdíj, valamint a jelen Belépési Nyilatkozatban megadott vállalt tagdíj határidőben való megfizetését.

Munkáltatói tagdíjvállalás esetén tudomással bírok arról, hogy ha a munkáltató bármely okból nem fizeti meg a munkáltatói hozzájárulást összegét a Pénztár részére, úgy én vagyok köteles megfizetni az általam vállalt tagdíj összegét a Pénztár részére.

Alulírott kijelentem, hogy a jelen Belépési Nyilatkozatban közölt adataimat hiánytalanul és a valóságnak megfelelően adtam meg.

Alulírott vállalom, hogy a jelen Belépési Nyilatkozatban közölt adatokban bekövetkezett változásokról a Pénztárt haladéktalanul, de legkésőbb a változást követő 5 munkanapon belül értesítem. Ennek elmulasztásából eredő következmények engem terhelnek.

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

**Pénztárba belépő aláírása**

#### A belépési nyilatkozathoz kötelezően csatolandó mellékletek:

- a.) **magyar állampolgár esetében:** fényképes **személyazonossági igazolvány másolata** (személyi igazolvány, vezetői engedély, útlevél) és **lakcímet igazoló hatósági igazolvány** első oldalának **másolata**
- b.) **külföldi állampolgár esetében:** úti okmányának vagy **személyazonosító igazolványának másolata**, feltéve, hogy az magyarországi tartózkodásra jogosít, tartózkodási jogot igazoló vagy **tartózkodásra jogosító okmányának másolata.**

#### Adatkezelési tájékoztató

A jelen belépési nyilatkozatban megadott személyes adatokat a Medicover Egészségpénztár (1134 Budapest, Váci út 29-31.), továbbiakban Pénztár kezeli. A személyes adatok kezelésének célja egészségpénztári szolgáltatás nyújtása, kapcsolattartás és jogszabályi kötelezettség teljesítése, jogalapja a pénztári tagsági jogviszony/szerződés teljesítése és jogi kötelezettség teljesítése (GDPR 6. cikk (1) bek. a) és c) pont).

A 7. pont szerinti adatkezelés célja közvetlen üzletszerzés, marketing célú tájékoztatás küldése, jogalapja az Ön hozzájárulása.

A személyes adatokat a Pénztár a tagsági jogviszony megszűnését követően elévülési ideig (5 évig) kezeli, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvény (továbbiakban Pmt.) szerinti kötelezettség teljesítésével kapcsolatos adatokat a tagsági jogviszony megszűnését követő 8 évig köteles kezelni. A 7. pont szerinti marketing hozzájárulással érintett személyes adatokat a Pénztár a hozzájárulás visszavonásáig kezeli. Az Ön által megadott adatokat a Pénztár a jogszabályban meghatározott személyeknek adja át az ott meghatározott szabályok szerint, továbbá azokat adatfeldolgozó is megismerhetik. A Pénztár biztosítja, hogy a személyes adatok csak olyan adatfeldolgozó részére kerüljenek továbbításra, aki megfelelő garanciákat nyújt az adatkezelés és az Ön személyes adatai biztonságának biztosítására. A Pénztár az Ön által megadott személyes adatokat nem továbbítja az Európai Unió (és az Európai Gazdasági Térségen) kívüli országba és azokat automatikus döntéshozatal céljából nem használja fel. A fenti 1. és 6. pontokban foglalt személyes adatok megadása Pmt. szerinti kötelezettség teljesítése érdekében kötelező. Amennyiben Ön nem adja meg a fent megjelölt adatokat, a Pénztár – jogszabály rendelkezése alapján – köteles a tagsági jogviszony létesítését megtagadni. Önnek joga van az adatkezeléssel kapcsolatban külön tájékoztatást kérni a Pénztártól. Fordulhat a Pénztár adatvédelmi tisztviselőjéhez a következő elérhetőségeken: e-mail cím: [info@medicoverep.hu](mailto:info@medicoverep.hu); levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29-31. Ön kérheti hibásan szereplő személyes adatainak helyesbítését, kérheti személyes adatainak törlését, joga van az adatkezelés ellen tiltakozni, annak korlátozását kérni, ill. adott esetben hozzájárulását visszavonni, továbbá joga van az adathordozáshoz, és jogai érvényesítése érdekében bírósághoz, hatósághoz fordulhat; utóbbi tekintetében az alábbi elérhetőségeken: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, székhely:1055 Budapest, Falk Miksa u. 9-11.; levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9.; e-mail cím: [ugyfelszolgalat@naih.hu](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu); telefonszám:+36 (1) 391-1400, honlap elérhetősége: [www.naih.hu](http://www.naih.hu).

Az adatkezelésről való további tájékoztatást a Pénztár Adatkezelési Tájékoztatójában talál, a [www.medicoveregeszsegpenztar.hu](http://www.medicoveregeszsegpenztar.hu) honlapon.

**Pénztár tölti ki!**

#### ZÁRADÉK

A belépési nyilatkozatot a Medicover Egészségpénztár az alulírott helyen és napon elfogadta, a Pénztártag részére megadott és a Pénztárban rögzített adatok alapján Tagsági okirat kiállításra került.

Budapest, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pénztár képviselőjének aláírása



# CSATLAKOZÁSI ÉS FELHATALMAZÓ NYILATKOZAT

Medicover Zrt. által a Medicover Egészségpénztár tagjai és szolgáltatásra jogosultjai részére nyújtott Medicover Egészségcsomag igényléséhez és azok rendszeres díjának fizetéséhez

Pénztártag (Szerződő) neve		Pénztártagi azonosító	
E-mail cím		Telefonszám	

Ézúton nyilatkozom, hogy az alábbi Medicover Egészségcsomago(ka)t kívánom igénybe venni *(megfelelőt kérjük jelölni!)*

Igénybevevő	<input type="checkbox"/> Pénztártagként a magam részére <input type="checkbox"/> Szolgáltatásra jogosultam részére: _____ (név) <i>Fontos: Egy Nyilatkozaton 1 fő Igénybevevő jelölése lehetséges, több személy esetén több nyomtatvány is kitölthető.</i>		
Igénybevevő születési ideje		Igénybevevő TAJ száma	

Választott csomag és alapdíja*, valamint a díjfizetés gyakorisága	<input type="checkbox"/> Medicare (135.000 Ft/év)	Díjfizetés: <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> éves
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus (180.000 Ft/év)	Díjfizetés: <input type="checkbox"/> negyedéves <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> éves
	<input type="checkbox"/> MediScreen (60.000 Ft/év)	Díjfizetés: éves gyakoriságú díjfizetés (nem választható)
	<input type="checkbox"/> MediLab (19.500 Ft/év)	
	<input type="checkbox"/> SmartLab (8.900 Ft/év)	

\*A Medicover Zrt. által kiállított számláján szereplő díj a fenti kedvezményes díjra vonatkozóan további kedvezményt tartalmazhat. A Medicover Egészségpénztárba történő új belépőként az első befizetésekor **egyszeri plusz 2.000 Ft** befizetése is szükséges.

A Medicover Egészségpénztár bankszámlaszáma: **12001008-01667874-00100002**

(Közleménybe a név, tagi- vagy adóazonosító jel, vagy születési dátum, ill. „egyéni befizetés Egészségcsomag díjára” feltüntetése szükséges)

## Nyilatkozat és Felhatalmazás

Alulírott tudomásul veszem, hogy a Medicover Egészségközpont Zrt. (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban: Medicover) által a fentiekben választott Medicover Egészségcsomag(ok) (továbbiakban Egészségcsomag) szolgáltatásait **kizárólag Medicover Egészségpénztár** (továbbiakban Pénztár) tagjai, illetve **szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozói** vehetik igénybe; a csomagok díját a Pénztáron keresztül – a fentiekben feltüntetett bankszámlaszámra történő átutalással – **egyenlíthetem ki**.

Vállalom, hogy amennyiben nem vagyok még a Medicover Egészségpénztár tagja, úgy a Pénztárba a jelen nyilatkozat aláírásától számított **8 napon belül belépek**.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával **felhatalmazom a Medicover-t és a Pénztárt**, hogy egymásnak és a Medicover cégcsoport tagjainak a választott egészségcsomag teljesítéséhez **szükséges adatokat** (név, születési dátum, tagi azonosító, választott csomagnév, fizetési gyakoriság, e-mail cím) **átadják**, illetve ezekről egyeztessenek.

Jelen megbízás az aláírás napját követően esedékessé váló, általam választott Egészségcsomag díjra vonatkozóan visszavonásig érvényes.

Vállalom, hogy a szolgáltatás mindenkor aktuális díjának megfelelő összeget a díjjal **fedezendő időszak kezdetét megelőző hónap 15-éig a pénztári egyéni számlámra átutalom**.

Alulírott **megbízom a Pénztárt**, hogy az egyéni pénztári számlámon nyilvántartott összeg terhére a fentiekben **megjelölt Egészségcsomag díját a meghatározott fizetési gyakoriság szerint zárolja, és a Medicover számlája alapján az esedékességi időpontban utalja át**.

Tudomásul veszem, hogy a Pénztár a megbízás teljesítését **kizárólag abban az esetben tudja sikeresen teljesíteni, ha az egyéni számlámon a fizetendő díjrészlet (szükséges teljes fedezet) rendelkezésre áll**.

Alulírott tudomásul veszem, hogy amennyiben az esedékes Egészségcsomag díj az egyéni számlámon nyilvántartott összeg terhére bármely okból nem kerül kiegyenlítésre, úgy az Egészségcsomag alapján igénybe vett egészségügyi szolgáltatás díját, az Egészségcsomagra vonatkozó szerződés megkötésekor az **Általános Szerződés Feltételeiben** foglaltaknak megfelelően vagyok köteles a Medicover részére megfizetni.

Alulírott ezúton nyilatkozom, hogy a **Pénztár** és a **Medicover** Adatkezelési tájékoztatóit is megismertem.

Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Ügyfél/Pénztártag aláírása

A nyilatkozatot a kitöltés után **eredeti formátumban, vagy AVDH-s hitelesítéssel** az alábbi elérhetőségekre továbbíthatja:

**e-mailen** ügyfélkapun történt **AVDH hitelesítéssel** az **avdhugyintezes@medicoverep.hu** címre; vagy **postai úton** a Medicover Egészségpénztár, 1134 Budapest, Váci út 29-31. címre, továbbá **személyesen** bármely Medicover Recepción zárt borítékban.