

|                               |  |             |                          |  |
|-------------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
| Pénztártag<br>(Szerződő) neve |  |             | Pénztártagi<br>azonosító |  |
| E-mail cím                    |  | Telefonszám |                          |  |

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

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

|                                                                                  |                                                        |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Választott<br>csomag és<br>alapdíja*,<br>valamint a<br>díjfizetés<br>gyakorisága | <input type="checkbox"/> Medicare (145.500 Ft/év)      | Díjfizetés: <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> éves |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> Medicare Plus (194.100 Ft/év) | Díjfizetés: <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> éves |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> MediScreen (64.500 Ft/év)     | Díjfizetés: éves gyakoriságú díjfizetés (nem választható)                  |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> MedicLab (21.000 Ft/év)       |                                                                            |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> SmartLab (9.600 Ft/év)        |                                                                            |

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

A Medicare 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 Medicare Egészségközpont Zrt. (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban: Medicare Zrt.) által a fentiekben választott Medicare Egészségcsomag(ok) (továbbiakban Egészségcsomag) szolgáltatásait **kizárólag Medicare 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 Medicare Egészségpénztár tagja, úgy a **Pénztárba a jelen nyilatkozat aláírásától számított 8 napon belül belépek**.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával **felhatalmazom a Medicare Zrt-t és a Pénztárt**, hogy egymásnak és a Medicare 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 **Medicare Zrt. 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 Szerződések Feltételeiben](#) foglaltaknak megfelelően vagyok köteles a Medicare Zrt. részére megfizetni.

Alulírott ezúton nyilatkozom, hogy a [Pénztár](#) és a [Medicare](#) 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](mailto:avdhugyintezes@medicoverep.hu) címre; vagy **postai úton** a Medicare Egészségpénztár, 1134 Budapest, Váci út 29-31. címre, továbbá **személyesen** bármely Medicare Recepción zárt borítékban.  
Igény esetén a Medicare Egészségpénztár **Belépési nyilatkozata** a [www.medicoverep.hu/nyomtatvanyok](http://www.medicoverep.hu/nyomtatvanyok) oldalról tölthető le.