

Pénztártag azonosítója	
Okmányok csatolva	☐ igen ☐ nem
Az ügyfél kockázati szintje	☐ alacsony ☐ átlagos ☐ magas
Szankciós listában szerepel	☐ igen ☐ nem
Megjegyzés:	

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni.A csillaggal (*) jelölt adatok kitöltése kötelező. **Kérjük, valamennyi oldalt írja alá!**

1. A Belépő adatai

Név*			
Születési név*			
Születési idő *		Születési hely*	
Anyja születési neve*			
Adóazonosító jel*		Állampolgárság*	☐ magyar ☐ külföldi:
Közszerelői nyilatkozat*	☐ NEM vagyok kiemelt közszereplő ☐ 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*	☐ személyazonosító igazolvány ☐ útlevél ☐ kártya form. vezetői engedély ☐ egyéb:	Azonosító okm. érvényessége *	
Személyazonosító okmány száma*		Lakcímkártya száma*	
Állandó lakcím* (külföldi állampolgár esetén a tartózkodási hely)	Irányítószám	Település	
	Utca, házszám		
Levelezési cím*	Irányítószám	Település	
	Utca, házszám		
Bankszámlaszám számlák ellenértékének átutalásához			
E-mail cím			
Telefonszám			

2. Tagdíjfizetés

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

Tagdíjfizetés módja*	☐ egyénileg (banki v. munkáltató által bérből történő utalással) ☐ munkáltatói tagdíjtvállalással	Tagdíjfizetés gyakorisága	☐ havi ☐ negyedéves ☐ féléves ☐ éves
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 Medicare 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:

Hozzáértartozó neve				
Születési név			Anyja neve	
Születési hely, idő		év	hó	nap
Lakcím			Hozzáértartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!): ☐ Házastárs ☐ Élettárs ☐ Gyermek ☐ Szülő ☐ Unoka ☐ Testvér ☐ Nagyszülő, Dédszülő	
Hozzáértartozó neve				
Születési név			Anyja neve	
Születési hely, idő		év	hó	nap
Lakcím			Hozzáértartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!): ☐ Házastárs ☐ Élettárs ☐ Gyermek ☐ Szülő ☐ Unoka ☐ Testvér ☐ Nagyszülő, Dédszülő	
Hozzáértartozó neve				
Születési név			Anyja neve	
Születési hely, idő		év	hó	nap
Lakcím			Hozzáértartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!): ☐ Házastárs ☐ Élettárs ☐ Gyermek ☐ Szülő ☐ Unoka ☐ Testvér ☐ Nagyszülő, Dédszülő	

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

¹A 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 jelen nyilatkozattal felhatalmazom a Medicare 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) 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(ek)ként:

Kedvezményezett neve			Születési név		
Születési idő			Születési hely		
Anyja születési neve			Jogosultság aránya ²	%	
Állandó lakcím:	Irányítószám		Település		
	Utca, házszám				
Kedvezményezett neve			Születési név		
Születési idő			Születési hely		
Anyja születési neve			Jogosultság aránya ²	%	
Állandó lakcím:	Irányítószám		Település		
	Utca, házszám				

Kettőnél több haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez kiegészítő adatlap kitöltése lehetséges.

²A kedvezményezettekhez tartozóan megadott százalékos jogosultsági **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**³, 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	

³ Ügyfélkapun keresztül történő 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 Medicare 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 Medicare 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 **Medicare cégek**, azaz a Medicare Egészségközpont Zrt., Medicare Diagnosztikai Központ Zrt., Medicare Dental Kft., Medicare Optika Kft., Medicare Aesthetica Központ Zrt., a Medicare Biztosító, a Medcover Főrsakrings 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 Medicare 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 a mindenkor egységes tagdíj, valamint a jelen 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:

- magyar állampolgár esetében: fényképes **személyazonossági igazolvány másolata** (személyi igazolvány, vezetői engedély, útlevél) és **lakcímet igazoló hatósági igazolvány** első oldalának **másolata**
- 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 Medicare 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 8. 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 8. 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 Térség) 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; 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; telefonszám: +36 (1) 391-1400, honlap elérhetősége: www.naih.hu.

Az adatkezelésről való további tájékoztatást a Pénztár Adatkezelési Tájékoztatójában talál, a www.medicoveregeszsegpenztar.hu honlapon.

Pénztár tölti ki!

ZÁRADÉK

A belépési nyilatkozatot a Medicare 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

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

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

Igénybevevő	☐ Pénztártagként a magam részére ☐ 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	☐ Medicare (145.500 Ft/év)	Díjfizetés:	☐ féléves	☐ éves
	☐ Medicare Plus (194.100 Ft/év)	Díjfizetés:	☐ féléves	☐ éves
	☐ MediScreen (64.500 Ft/év)	Díjfizetés: éves gyakoriságú díjfizetés (nem választható)		
	☐ MedicLab (21.000 Ft/év)			
	☐ 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 befizetésekor **egyszeri plusz 2.000 Ft** befizetése is szükséges.

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

(Közzé kell tenni 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 ügyfélkapus hitelesítéssel** az alábbi elérhetőségekre továbbíthatja:
e-mailen ügyfélkapun történt az avdhugyintezes@medicoverep.hu címre; vagy **postai úton** a Medicare Egészségpénztár, 1134 Budapest, Váci út 29-31. címre, továbbá **személyesen** bármely Medicare Recepción zárt borítékban.