

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni. A csillaggal (\*) jelölt mező kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*																
Tagi azonosító					Születési idő*					év			hó			nap
E-mail cím																
Telefonszám																

Benyújtott számlák összege	_____ Ft	Számlák darabszáma	_____ db
----------------------------	----------	--------------------	----------

Ezúton kérem a Medicover Egészségpénztárt a benyújtott számlák ellenértékének kifizetésére.

Jelen Igénybejelentő benyújtásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a számla(k) benyújtáskor az egyéni számlámról történő kifizetéshez a teljes fedezet nem áll rendelkezésre, úgy **a teljesítés érdekében a szükséges fedezet meglétéről a számla benyújtását követő 45 napon belül gondoskodnom kell.**

Aláírással elfogadom, hogy a benyújtott és a beérkezéstől számított **45 napon túl a fedezetihiány miatt nem kifizethető számlákat a Pénztár nem küldi vissza.**

Aláírással elismerem, hogy a Pénztár honlapján ([www.medicoveregeszsegpenztar.hu](http://www.medicoveregeszsegpenztar.hu)) megtalálható az **Adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem**, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

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

Pénztártag aláírása

**Pénztár tölti ki!**

Igénybejelentés beérkezése			
Szolgáltatást ellenőrizte		Ellenőrzés dátuma	
Szolgáltatást rögzítette		Rögzítés dátuma	
Kifizethető összeg			