

NYILATKOZAT ÉS RENDELKEZÉS EGYÉNI SZÁMLÁN TÖRTÉNŐ 2 ÉVES LEKÖTÉSHEZ

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

Pénztártag neve*			
Tagi azonosító	Születési idő*:		
E-mail cím	Telefonszám		

Ezúton rendelkezem, hogy az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (Öpt.) 51. § (5) bekezdésében és a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény [Szja. 44/A. § (1) ba] bekezdésében foglaltak alapján a Medicover Egészségpénztár az egyéni számlám szabadon felhasználható egyenlegéből **24 hónapra kösse le az alábbi összeget:**

Lekötendő összeg	_____ Ft	azaz _____ forint (betűvel)
------------------	----------	-----------------------------

Lekötés kezdetének dátuma									
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ezen nyilatkozattal tudomásul veszem, hogy:

- a **lekötés első napja nem lehet korábbi, mint a nyilatkozat pénztárhoz történő beérkezésének napja;**
- amennyiben jelen nyilatkozat a megjelölt lekötés napját követően érkezik a Pénztárhoz, vagy nincs meghatározva kezdeti dátum, úgy a lekötést a Pénztár a nyilatkozat beérkezésének napjával végzi el;
- a lekötés adóévében a **lekötött összeg 10%-a után adókedvezmény érvényesítésére válok jogosulttá** - az éves személyi jövedelemadó bevallás keretében -, amelyről a Pénztár a tárgyévet követő évben adóigazolást állít ki részemre,
- amennyiben nem áll rendelkezésre a lekötésre megjelölt összeg az egyéni számlámon, úgy a Pénztár maximum **az egyéni számla szabadon felhasználható egyenlegét köti le;**
- a Pénztár a tárgyévve vonatkozó rendelkezésemet legkésőbb az év utolsó munkanapjáig történő beérkezés esetében tudja az adott tárgyévre teljesíteni;
- a lekötés 24 hónapos lejártát követően a lekötött összeg automatikusan feloldásra kerül az egyéni számlámon, mely összeg újra felhasználható pénztári szolgáltatásokra, vagy ismételten leköthető.

Ezen rendelkezéssel vállalom, hogy:

- a lekötött összeget a lekötéstől számított **24 hónapos időtartamon belül nem veszem igénybe** pénztári szolgáltatások finanszírozására (az Öpt. 51.§ (5) bekezdése értelmében);
- ha a lekötést a lekötés napjától számított két éven belül akár csak részben megszüntetem, úgy az igénybe vett adókedvezmény összegét 20%-kal növelten kell az adóévre vonatkozó adóbevallásomban bevallanom, valamint az adóbevallás benyújtására előírt határidőig megfizetnem [Szja. 44/A § (4) bek.].

Aláírással elismerem, hogy a Pénztár honlapján (www.medicoveregeszsegpenztar.hu) megtalálható az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Beérkezés dátuma		Aktuális szabadon felhasználható egyenleg	Ft
Lekötés kezdő napja		Lekötés záró napja	

Lekötött összeg	_____ Ft
-----------------	----------