

A Medicover Egészségcsomag elszámolásához **Felhatalmazó nyilatkozat** kitöltése is szükséges!

Név			Pénztártagi azonosító	
Születési idő		TAJ szám		
E-mail cím			Telefonszám	

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

Saját részemre (kérjük a megfelelőt - csomagot és fizetési gyakoriságot egyaránt- jelölje):

Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

Az Pénztárba bejelentett alábbi szolgáltatásra jogosult(jai)m részére*

(kérjük a megfelelőt - csomagot és fizetési gyakoriságot egyaránt- jelölje):

Családtag neve				
Születési idő		TAJ szám		
Lakcím	irsz	város	utca, házsám	
Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

Családtag neve				
Születési idő		TAJ szám		
Lakcím	irsz	város	utca, házsám	
Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

* Amennyiben a fentiekben megjelölt közvetlen hozzátartozó a Medicover Egészségpénztárban még nem bejelentett szolgáltatásra jogosult, kérjük a Szolgáltatásra jogosultak bejelentése nyomtatványon megjelölni. ** **Díjfizetés gyakoriságát** – ahol nem csak évente lehetséges – **kérjük jelölje!**

Csomagok kedvezményes alapdíja (Egészségpénztáron keresztül fizetésnél a Medicover Zrt. által kiállított számláján szereplő díj további 5% kedvezményt tartalmazhat)**				
MediCare (135.000 Ft/év)	MediCare Plus (180.000 Ft/év)	MediScreen (60.000 Ft/év)	MedicLab (19.500 Ft/év)	SmartLab (8.900 Ft/év)

Új pénztári belépőként **egyszeri 2.000 Ft befizetése is szükséges.

Alulírott tudomásul veszem, hogy a Medicover Egészségközpont Zrt. (továbbiakban Medicover) által a fentiekben választott Medicover Egészségcsomag(ok) szolgáltatásait **kizárólag Medicover Egészségpénztár** (továbbiakban Pénztár) **tagjai**, illetve szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozóik vehetik igénybe; a csomagok díját kizárólag a Pénztáron keresztül egyenlíthetem ki.

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

Alulírott ezúton nyilatkozom, és kijelentem, hogy az **Általános Szerződési Feltételeket**, az általam választott egészségcsomag(ok)ra vonatkozó **Szolgáltatási listát és az Adatkezelési tájékoztatót** megismertem, magamra nézve kötelezőnek fogadom el, vállalom a választott csomag(ok) díjának a megjelölt határidőben történő megfizetését. (A tájékoztatók elérhetősége: www.medicoverep.hu/medicovercsomagok)

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Medicover, hogy a Pénztárnak és a Medicover cégcsoport tagjainak a választott egészségcsomag teljesítéséhez szükséges adatokat (név, születési dátum, választott csomagnév, fizetési gyakoriság, e-mail cím) átadja.

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és a fentiekben megjelölt személyek tekintetében a jogszabály szerint előírt közeli hozzátartozói kapcsolat fennáll.

Kijelentem, hogy az általam megadott, harmadik személyekre (szolgáltatásra jogosult hozzátartozók) vonatkozó személyes adatok kapcsán rendelkezem az érintett(ek) felhatalmazásával személyes adataiknak a Medicover és a Pénztár részére történő átadásához, valamint nyilatkozom, hogy részükre az adatkezeléssel összefüggő tájékoztatót megadtam, és gondoskodom arról, hogy a Medicover Egészségcsomaggal kapcsolatos Általános Szerződési Feltételeket, az általam részükre megjelölt egészségcsomagra vonatkozó Szolgáltatási listát és a vonatkozó Adatkezelési tájékoztatókat megismerjék.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Ügyfél/Pénztártag aláírása

A nyilatkozatokat a kitöltés és aláírás után az alábbi elérhetőségek valamelyikére kérjük továbbítani:
e-mailen (ügyfélkapun/AVDH hitelesítéssel!) avdhugyintezes@medicoverep.hu, postai úton a Medicover EP, 1134 Budapest, Váci út 29-31. címre (eredetiben, aláírással), továbbá személyesen **bármely Medicover Recepción** (eredetiben, aláírással) zárt borítékban továbbítással.

A Medicover Egészségcsomag igénybevételéhez **Csatlakozási nyilatkozat** kitöltése is szükséges!

Pénztártag neve		Pénztártagi azonosító	
Születési idő		Adóazonosító	
E-mail cím		Telefonszám	

- Alulírott **megbízom és egyúttal felhatalmazom a Medicover Egészségpénztárt** (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban Pénztár), hogy az egyéni pénztári számlámon nyilvántartott összeg terhére a Pénztárral szerződésben álló Medicover Egészségközpont Zrt. (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban: Medicover) felé fennálló, **Csatlakozási nyilatkozaton megjelölt Medicover Egészségcsomag díját (továbbiakban Egészségcsomag díj) a meghatározott fizetési gyakoriság szerint zárolja és a Medicover számlája alapján, a számlában meghatározott esedékességi időpontban utalja át.**
- Jelen megbízás az aláírás napját követően esedékessé váló, általam választott Egészségcsomag díjra vonatkozóan visszavonásig érvényes.
- Alulírott tudomásul veszem, hogy vonatkozó jogszabályok alapján a Pénztár a szolgáltatásait **kizárólag a Pénztártagok, illetve szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozóik részére** nyújthatja.
- Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy a Pénztár a megbízás teljesítését a választott díjfizetés gyakoriságának, valamint a díj esedékességének megfelelően kísérli meg és azt **kizárólag abban az esetben tudja sikeresen teljesíteni, ha az egyéni számlámon a fizetendő díjrészlet (szükséges teljes fedezet) rendelkezésre áll.**
- Fentiek értelmében vállalom, hogy **a szolgáltatás mindenkor aktuális díjának megfelelő összeget a díjjal fedezendő időszak kezdetét megelőző hónap 15. napjáig a pénztári egyéni számlámra (egyéni befizetesként) átutalom.**
- Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van róla és elfogadom azt, hogy a Pénztárt nem terheli felelősség a szolgáltatási díj megfizetésének elmulasztásából eredő hátrányos jogkövetkezményekért (így a szerződés esetleges megszűnéséért), amennyiben az Egészségcsomag díj fizetéséhez szükséges teljes fedezet nem áll rendelkezésre az egyéni számlámon a díj fizetésére irányadó határidőben.
- 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 Medicover részére megfizetni.
- Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Pénztárt, hogy a fenti azonosító számú szerződéselem díjfizetésével és a Medicovernek a választott Egészségcsomaggal kapcsolatos bármely pénzbeli kifizetésével kapcsolatos adatokat (név, születési dátum, tagi azonosító) a Medicover részére átadja, illetve ezekről a Medicoverrel közvetlenül egyeztessen.
- Alulírott ezúton nyilatkozom, és kijelentem, hogy a Pénztár Adatkezelési tájékoztatóját megismertem.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Ügyfél/Pénztártag aláírása

Adatkezelési tájékoztató

- A jelen nyilatkozatban a Medicover Egészségcsomag díj fizetésével kapcsolatban megadott személyes adatot (személyazonosító adat és Egészségcsomag) a Medicover Egészségpénztár (1134 Budapest, Váci út 29-31. továbbiakban Pénztár) kezeli. A személyes adatok kezelésének célja egészségpénztári szolgáltatás nyújtása, Egészségcsomag díjának Medicover részére történő átutalása (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. b) pont) és az Egészségcsomag alapján történő kifizetésekkel kapcsolatos jogszabályi kötelezettség teljesítése (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. c) pont).
- A személyes adatokat a Pénztár a tagsági jogviszony megszűnését követően az 5 éves általános elévülési ideig kezeli. Az Ön által megadott adatot a Pénztár az egészségcsomag díj fizetésével összefüggésben a Medicover Zrt. részére továbbíthatja, továbbá jogszabályban meghatározott személyeknek adhatja át az ott meghatározott szabályok szerint, valamint 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. 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 Medicover Egészségpénztár honlapján (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), az Adatkezelési Tájékoztatójában talál.

Pénztár tölti ki!

Pénztártag azonosítója		
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:	SZ	

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*	<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			Hozzártartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):
Anyja születési neve			<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermeke <input type="checkbox"/> Szülő
Születési idő	Születési hely		
Közeli hozzátartozó neve			
Születési név			Hozzártartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):
Anyja születési neve			<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermeke <input type="checkbox"/> Szülő
Születési idő	Születési hely		
Közeli hozzátartozó neve			
Születési név			Hozzártartozói jelleg ¹ (megadása kötelező!):
Anyja születési neve			<input type="checkbox"/> Házastárs <input type="checkbox"/> Élettárs <input type="checkbox"/> Gyermeke <input type="checkbox"/> Szülő
Születési idő	Születési hely		

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 nevelgyermek, 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) 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 kedvezményezettként:

Kedvezményezett neve			
Születési név			
Születési idő	Születési hely		
Anyja születési neve	Jogosultság aránya ²	%	
Kedvezményezett neve			
Születési név			
Születési idő	Születési hely		
Anyja születési neve	Jogosultság aránya ²	%	

Kettőnél több haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez kiegészítő adatlap kitöltése lehetséges.

² 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 szükséges³**, 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 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 Főrsakrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe **részére átadja** abból a célból, azok részemre **hírlevelet küldjenek, akcióikról, 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 **laccímet 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; 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.medicoveregeszsegepenztar.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