

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 egyéni számlámról történő kifizetését.

Amennyiben egyéni számlámon a kifizetési igénybejelentő benyújtásakor a számla(k) ellenértéke fedezethiány miatt nem áll rendelkezésre, az alábbiak szerint rendelkezem:

(kérjük a megfelelőt jelölje!)

kizárólag a teljes fedezet megléte esetén kérem a jelen kifizetési igénybejelentővel benyújtott számla(k) egyéni számlámról történő kifizetését.

Ezen pont jelölése esetén tudomásul veszem, hogy amennyiben a számla(k) benyújtásakor 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.**

Elfogadom, hogy a benyújtott és a beérkezéstől számított 45 napon túl a fedezethiány miatt nem kifizethető számlákat a Pénztár nem küldi vissza.

a kifizetési igénybejelentő Pénztárba érkezésekor a rendelkezésre álló egyenleg erejéig kérem a kifizetést.

Ezen pont jelölése esetén tudomásul veszem, hogy a jelen kifizetési igénybejelentővel csatolt számla(k)ból ki nem fizetett összeg **későbbi kifizetésére nincs lehetőség.**

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!

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