

AUTHORIZATION DECLARATION
to pay health insurance premiums to Medicover Health Fund

Pénztártag neve (Name)		Születési idő (Date of birth)	
Munkáltató neve (Name of employer)		E-mail	
Szerződés azonosító / Contract ID (CID /CUID szám CID /CUID Number)		Pénztártagi azonosító (Member's ID)	

- Alulírott megbízom és egyúttal felhatalmazom a Medicover Egészségpénztárt (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban Pénztár), hogy egyéni pénztári számlámon nyilvántartott összeg terhére a Pénztárral szerződésben álló Medicover Försákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepével (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban: Biztosító) fennálló, fenti szerződés azonosító számú **szolgáltatást finanszírozó egészségbiztosítási szerződéselem rendszeres biztosítási díját a Biztosító számlája alapján, a számlában meghatározott esedékességi időpontban utalja át.**
 - Jelen megbízás az aláírás napját követően esedékessé váló biztosítási díjakra vonatkozóan visszavonásig érvényes.
 - Alulírott tudomással bírok arról, hogy vonatkozó jogszabályok alapján a Pénztár 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 biztosítási 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 biztosítás mindenkor aktuális díjának megfelelő összeget** - a Pénztár működési és likviditási alapjára jutó összeggel növelten - **a díjjal fedezendő időszak kezdetét megelőző hónap 15-éig a pénztári egyéni számlámra (vállalt tagdíjként) átutalom.**
 - Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van róla és elfogadom azt, hogy a Pénztárt nem terheli felelősség a biztosítási díj megfizetésének elmulasztásából eredő hátrányos jogkövetkezményekért (így a biztosítási szerződés esetleges megszüntetéséért), amennyiben a biztosítási díj fizetéséhez szükséges teljes fedezet nem áll rendelkezésre egyéni számlámon a biztosítási díj fizetésére irányadó határidőben.
 - Alulírott tudomással bírok arról, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díj az egyéni számlámon nyilvántartott összeg terhére bármely okból nem kerül kiegyenlítésre, úgy az esedékes díjat más módon közvetlenül kell megfizetnem a Biztosító részére.
 - Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Pénztárt, hogy a fenti azonosító számú szolgáltatást finanszírozó egészségbiztosítási szerződéselem díjfizetésével kapcsolatos és az elszámoláshoz szükséges adatokat (név, születési dátum, pénztártagi azonosító) a Biztosító részére átadja, illetve ezekről a Biztosítóval közvetlenül egyeztessen, díjfizetés teljesítése céljából.
 - Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Biztosítót, hogy a fenti azonosító számú szolgáltatást finanszírozó egészségbiztosítási szerződéselem díjfizetésével kapcsolatos és az elszámoláshoz szükséges adatokat (név, CID /CUID szám, díj összege, azonosító szám) a Pénztár részére átadja, illetve ezekről a Pénztárral közvetlenül egyeztessen, díjfizetés teljesítése céljából.
- I hereby entrust and at the same time authorize Medicover Egészségpénztár (registered office: 1134 Budapest, Váci út 29-31., henceforth the Fund) to debit the amount registered in my individual fund account with the Hungarian Branch of Medicover Försákrings AB (publ) (registered office: Budapest, Váci út 29-31., henceforth the Insurer) and to transfer the regular insurance premium of my existing health insurance contract financing the service with the contract identification number above, on the basis of the Insurer's invoice, on the due date specified in the invoice.
 - This order is valid until the insurance premia due after the date of signing are revoked.
 - I am aware that, in accordance with applicable law, the Fund may provide services only to members of the Fund or their close relatives declared eligible for the Service.
 - I declare that I am aware that the Fund will attempt to execute the order in accordance with the chosen frequency of the premium payment and the due date of the insurance premium and will only be able to execute it successfully if the premium instalment (full coverage required) is available on my individual account.
 - Pursuant to the above, I undertake to transfer the amount corresponding to the current premium of the insurance at any time - increased by the amount per the Fund's operating and liquidity fund - to the individual account of the fund (as a committed membership fee) by the 15th of the month before the premium.
 - I declare that I am aware of and accept that the Fund is not liable for adverse legal consequences arising from the non-payment of the insurance premium (such as the possible termination of the insurance contract) if the full coverage required to pay the insurance premium is not available in my individual account.
 - I am aware that if the due insurance premium is not paid out of the amount recorded in my individual account for any reason, I must pay the due premium directly to the Insurer in another way.
 - I, the undersigned, by signing this declaration, I authorize the Fund to provide the Insurer with the data (name, date of birth, Fund member ID) related to the premium payment of my health insurance contract with the identification number above financing the service, or to agree on these directly with the Insurer, to carry out the payment.
 - I, the undersigned, by signing this declaration, I authorize the Insurer to provide the Fund with the data (name, CID/CUID number, premium amount, identification number) related to the payment of the premium of the health insurance contract with the identification number above financing the service, or to agree on these directly with the Fund, to carry out the payment.

Kelt/Date: _____

Pénztártag aláírása / Member's Signature

Adatkezelési tájékoztató / Privacy Policy

- | | |
|--|---|
| <p>1. A jelen nyilatkozatban a biztosítási díj fizetésével kapcsolatban megadott személyes adatot (személyazonosító adat és biztosítási szerződés azonosító száma – CID/CUID szám) a Medicover Egészségpénztár (1134 Budapest, Váci út 29-31. továbbiakban Pénztár) kezeli. A személyes adatok kezelésének célja egészségpénztári szolgáltatás nyújtása, egészségbiztosítás díjának Biztosító részére történő átutalása (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. b) pont) és a biztosítás alapján történő kifizetésekkel kapcsolatos jogszabályi kötelezettség teljesítése (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. c) pont).</p> <p>2. A személyes adatokat a Pénztár a tagsági jogviszony megszűnését követően elévülési ideig (5 évig) kezeli. Az Ön által megadott adatot a Pénztár a biztosítási díj fizetésével összefüggésben a Biztosító részére továbbíthatja, továbbá jogszabályban meghatározott személyeknek adhatja át az ott meghatározott szabályok szerint, valamint adatfeldolgozó is megismerhetik.</p> <p>3. 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 Unión (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.</p> <p>4. 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.</p> <p>5. Az adatkezelésről való további tájékoztatást a Medicover Egészségpénztár honlapján (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), az Adatkezelési Tájékoztatójában talál.</p> | <p>1. The personal data provided in this statement in connection with the payment of the insurance premium (personal identification data and insurance contract identification number - CID / CUID number) is handled by Medicover Egészségpénztár (1134 Budapest, Váci út 29-31. Henceforth the Fund). The purpose of the processing of personal data is to provide health insurance services, transfer health insurance premiums to the Insurer (legal basis: Article 6 (1) (b) GDPR) and fulfil the legal obligation related to insurance payments (legal basis: Article 6 GDPR, paragraph 1, point C).</p> <p>2. Personal data is processed by the Fund for a period of limitation (up to 5 years) after the termination of the membership. The Fund may forward the data provided by you to the Insurer in connection with the payment of the insurance premium, and may also pass it on to persons specified by law in accordance with the rules specified therein, and its data processors may also get to know it.</p> <p>3. The Fund ensures that personal data is only transferred to a data processor who provides adequate guarantees to ensure data management and the security of your personal data. The Fund will not transfer the personal data you provide to any countries outside the European Union (and the European Economic Area) and will not use it for automatic decision-making. You have the right to request special information from the Fund regarding data management.
You can contact the data protection officer of the Fund at the following contact details: e-mail address: info@medicoverep.hu, mailing address: 1134 Budapest, Váci út 29-31.</p> <p>4. You can request the correction of incorrectly listed personal data, request the deletion of your personal data, you have the right to protest against the data processing, to request its restriction, or if necessary, withdraw your consent, you also have the right to carry data and may apply to a court or authority in order to enforce your rights; with regard to the latter at the following contacts: National Authority for Data Protection and Freedom of Information, Headquarters: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 9-11, Mailing address: 1363 Budapest, Pf.: 9., E-mail address: ugyfelszolgalat@naih.hu, Telephone number: +36 (1) 391-1400, Website contact: www.naih.hu</p> <p>5. Further information on data management can be found on the Medicover Health Fund website (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), in the Data Management Information.</p> |
|--|---|