

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 Medicare Egészségpénztárt a benyújtott számlák ellenértékének kifizetésére.

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

RENDELKEZÉS FEDEZETHIÁNY ESETÉN

(Kérjük a megfelelőt jelölje!)

a teljes fedezet megléte esetén kérem a számla(k) 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 90 napon belül gondoskodnom kell.** Elfogadom, hogy a benyújtott és a beérkezéstől számított 90 napon túl a fedezethiány miatt nem kifizethető számlákat a Pénztár nem küldi vissza.

a rendelkezésre álló egyenleg erejéig kérem a kifizetést. Tudomásul veszem, hogy ezen választásom esetén a jelen igénybejelentővel csatolt számlá(k)ból ki nem fizetett összeg későbbi kifizetésére nincs lehetőség.

Aláírással elismerem, hogy a Pénztár honlapján (www.medicareegeszsegpenzta.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	
Kifizethető összeg			