

## EP 009 VÉDŐHÁLÓ REGISZTRÁCIÓ

**Jól dönt, ha saját vagy hozzátartozói részére igényli a Védőháló szolgáltatáscsomagot, hiszen háromféle egészségbiztosítása mindössze havi 85 Ft-ért segít a bajban.**

Védőháló szolgáltatáscsomagunk 23 komoly betegség esetén (pl. szívinfarktus, rák) fedezi az egészségügyi kezelés költségét 1 millió forintig. A Várólista biztosítás 10 munkanapon belül CT vagy MR vizsgálatokat szervez meg, és ezek költségét évi 300 ezer Ft-ig átvállalja. Egynapos sebészeti ellátás keretében évi 300 ezer Ft-ig magánellátásban végezhető el műtéteket a biztosítottak.



### 1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A \*-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsé ki!)

Tagi azonosító\*: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jel\*: \_\_\_\_\_  
Név\* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_  
Születési név\*: \_\_\_\_\_ Anyja neve\*: \_\_\_\_\_  
Születési hely\*: \_\_\_\_\_ Születési dátum\*: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)\*:  
 Személyazonosító igazolvány  Vezetői engedély  Útlevel  Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány  
Személyazonosító okmány száma\*: \_\_\_\_\_ Érvényessége\*: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Lakcímkártya száma\*: \_\_\_\_\_  Nem rendelkezem lakcímkártyával  
Állampolgárság\*:  magyar  egyéb: \_\_\_\_\_  
Állandó lakcím / külföldi állampolgár esetén bejelentett magyarországi tartózkodási hely\*  
Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_  
Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_  
Levelezési cím\*  
Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_  
Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefonszám: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

**EH01** Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címetem és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári híreleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

Hozzájárulok, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár a megadott elektronikus levelezési címetem és/ vagy telefonszámomat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

### 2 VÉDŐHÁLÓ IGÉNYLÉSE

saját magam részére  közeli hozzátartozóm részére

Amennyiben Ön közeli hozzátartozója vagy hozzátartozói részére igényli a Védőháló szolgáltatáscsomagot, kérjük, adja meg a hozzátartozói adatokat. Fontos, hogy közeli hozzátartozót abban az esetben regisztrálhat, ha Ön is előfizetője a Védőháló szolgáltatásnak. Szolgáltatásra regisztrálni a legalább első életévét betöltött hozzátartozót lehet.

### 3 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzátartozó NEVE (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_  
Születési név: \_\_\_\_\_  
Hozzátartozó neme:  Férfi  Nő  
Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Anyja születési neve: \_\_\_\_\_  
Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_  
Állandó lakcím  
Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_  
Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_  
Levelezési cím  
Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_  
Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_  
Hozzátartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadás!):  
 Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  
 Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**4 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTÓZÓ** (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzá tartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozó neme:  Férfi  Nő

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Levelezési cím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!):

- Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  
 Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**5 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTÓZÓ** (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzá tartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozó neme:  Férfi  Nő

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Levelezési cím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!):

- Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  
 Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**6 NYILATKOZATOK**

Kérem a pénztárt, hogy az egyéni számlám fedezete alapján rendelkezésre álló egyenlegről jelen nyilatkozatom beérkezését követő negyedév első napjától kezdődő biztosítási időszakról vonatkozóan, a fenti igénynek megfelelően csoportosítsa át a Védőháló szolgáltatásdíját a PRÉMIUM Védőháló Szolidáris Alapba, melynek díja személyenként negyedévente 255 Ft. Tudomásul veszem, hogy a Védőháló szolidáris alap a mindenkor hatályos Szolgáltatási szabályzat alapján szolgáltatást finanszírozó egészségbiztosítások díját teljesíti a szerződött biztosító partner felé. A Pénztár honlapján teszi közzé a szerződött biztosító nevét és a szolgáltatásomban foglalt egészségbiztosítások igénybe vételi feltételeit.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatásra regisztrált közeli hozzátartozó általam közölt személyes adatait a Pénztár az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. számú törvény (Öpt.) szerint kezeli, rögzíti és a szolgáltatás igénybevételének biztosítása céljából a szerződött biztosító partner felé továbbítja. (Továbbításra kerülő személyes adatok: név, tagkód, adóazonosító jel, születési dátum, anyja neve.)

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem.

Jelen hozzájáruló nyilatkozat az Alapszabály Védőháló szolidáris alapra vonatkozó rendelkezései figyelembe vételével bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarok.hu e-mail címre küldött levél útján.

**7 PÉNZTÁRTAG ALÁÍRÁSA**

Település: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Pénztártag saját kezű aláírása